

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN DAN BAYI BARU LAHIR



Iin Octaviana Hutagaol
St. Subriani
Nurhayati
Novita Wulandari
Darmiati
Adisty Dwi Treasa
Rila Rindi Antina
Mella Yuria R.A.
Bintang Petralina
Astik Umiyah
Hasriantirisna
Kiki Riskianti Nanda
Nursari Abdul Syukur



ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN DAN BAYI BARU LAHIR

**Iin Octaviana Hutagaol
St. Subriani
Nurhayati
Novita Wulandari
Darmiati
Adisty Dwi Treasa
Rila Rindi Antina
Mella Yuria R.A.
Bintang Petralina
Astik Umiyah
Hasriantirisna
Kiki Riskianti Nanda
Nursari Abdul Syukur**



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN DAN BAYI BARU LAHIR

Penulis :

Iin Octaviana Hutagaol
St. Subriani
Nurhayati
Novita Wulandari
Darmiati
Adisty Dwi Treasa
Rila Rindi Antina
Mella Yuria R.A.
Bintang Petralina
Astik Umiyah
Hasriantirisna
Kiki Riskianti Nanda
Nursari Abdul Syukur

ISBN : 978-623-198-249-0

Editor : Dr. Neila Sulung, S.Pd., Ns., M.Kes.

Penyunting : Tri Putri Wahyuni, S.Pd

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tengah
Padang Sumatera Barat

Website : www.globaleksekutifteknologi.co.id

Email : globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, April 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Dan Bayi Baru Lahir ini.

Buku Ini Membahas Konsep dasar Persalinan, Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan, Perubahan fisiologis dan psikologi ibu dalam masa persalinan, Kebutuhan dasar ibu pada masa bersalin kala I, II, III dan IV, Asuhan kebidanan pada kala I, II, III dan IV persalinan, Pengisian dan implementasi dari hasil partograf, Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir normal 1 jam, Pertolongan persalinan Normal, Deteksi dini kegawatdaruratan, komplikasi dan penanganan awal kegawatdaruratan, penyulit, komplikasi yang terjadi dalam kala I,II, II dan IV persalinan, Deteksi dini kegawatdaruratan, komplikasi dan penanganan awal pada kegawatdaruratan, penyulit, komplikasi yang terjadi pada Bayi Baru Lahir, Pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu bersalin dan pendokumentasian asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, Konsep dan sistem rujukan pada kegawatdaruratan maternal dan neonatal pada masa persalinan, Melakukan observasi asuhan persalinan dan bayi baru lahir di lahan praktik dengan pendekatan *Continuity of Care* untuk menilai kolaborasi lintas profesi dalam pemecahan masalah.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku

ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, April 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	ii
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL.....	xi
BAB 1 KONSEP DASAR PERSALINAN	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Pengertian Persalinan	2
1.3 Macam- Macam Persalinan.....	4
1.4 Sebab-Sebab Terjadinya Persalinan.....	5
1.4.1 Teori Penurunan Kadar Hormon Progesteron ...	5
1.4.2 Teori Rangsangan Estrogen.....	6
1.4.3 Teori oksitosin.....	7
1.4.4 Teori prostaglandin.....	7
1.4.5 Teori Plasenta menjadi Tua	7
1.4.6 Distensi Rahim	7
1.4.7 Teori iritasi mekanik.....	7
1.4.8 Pengaruh Janin	8
1.5 Tahapan-Tahapan Persalinan.....	8
1.5.1 Kala I.....	8
1.5.2 Kala II	10
1.5.3 Kala III.....	13
1.5.4 Kala IV.....	15
1.6 Lima Benang Merah Dalam Asuhan Persalinan.....	16
1.6.1 Pengambilan keputusan klinik.....	16
1.6.2 Asuhan sayang ibu dan sayang bayi.....	17
1.6.3 Pencegahan Infeksi Dalam Proses Persalinan	19
1.6.4 Pencatatan dan Pendokumentasian.....	24
1.6.5 Rujukan Medik	26
1.7 Tanda-Tanda Persalinan.....	28
DAFTAR PUSTAKA	31

BAB 2 FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERSALINAN	33
2.1 Power	33
2.1.1 His/Kontraksi Uterus	33
2.1.2 Tenaga mengejan	36
2.2 Passage (Panggul Ibu)	37
2.3 Passanger	50
2.4 Psikis	61
2.5 Penolong	62
DAFTAR PUSTAKA	64
BAB 3 PERUBAHAN FISIOLOGIS DAN PSIKOLOGIS IBU DALAM MASA PERSALINAN	65
3.1 Pendahuluan	65
3.2 Perubahan Fisiologis Dalam Masa Persalinan	66
3.2.1 Perubahan pada uterus	66
3.2.2 Faal ligamentum rotundum	67
3.2.3 Perubahan pada servixs	67
3.2.4 Perubahan pada vagina dan dasar panggul	68
3.2.5 Perubahan Kardiovaskular	69
3.3 Perubahan Psikologis Dalam Masa Persalinan	70
3.3.1 Kenangan seumur hidup	70
3.3.2 Pengalaman melahirkan menyebabkan traumatis	70
3.3.3 Nyeri dan respons psikobiologis dalam persalinan	71
DAFTAR PUSTAKA	73
BAB 4 KEBUTUHAN DASAR IBU BERSALIN KALA I, II, III, IV	75
4.1 Pendahuluan	75
4.2 Kebutuhan Fisiologis	75
4.2.1 Kebutuhan Oksigen	75
4.2.2 Kebutuhan Cairan dan Nutrisi	76
4.2.3 Kebutuhan Eliminasi	76

4.2.4 Kebutuhan Personal Hygiene	77
4.2.5 Kebutuhan Istirahat	77
4.2.6 Posisi dan Ambulasi	78
4.2.7 Pengurangan Rasa Nyeri	79
4.2.8 Penjahitan Perineum (jika diperlukan)	79
4.2.9 Kebutuhan Proses Persalinan Yang Terstandar	80
4.3 Kebutuhan Psikologis	80
4.3.1 Pemberian Sugesti	80
4.3.2 Mengalihkan Perhatian	81
4.3.3 Membangun Kepercayaan	81
DAFTAR PUSTAKA	83
BAB 5 ASUHAN KEBIDANAN PADA KALA I, II, III, DAN IV PERSALINAN.....	85
5.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Kala I.....	85
5.2 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Kala II	90
5.3 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Kala III.....	94
5.4 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Kala IV	97
DAFTAR PUSTAKA	99
BAB 6 PENGISIAN DAN IMPLEMENTASI DARI HASIL PARTOGRAF.....	101
6.1 Pendahuluan.....	101
6.2 Definsi Partograf.....	101
6.3 Manfaat Penggunaan Partograf	102
6.4 Penggunaan Partograf	103
6.5 Cara Pengisian Partograf	104
DAFTAR PUSTAKA	113
BAB 7 ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR NORMAL 1 JAM	115
7.1 Pendahuluan.....	115
7.2 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir Normal	117
7.2.1 Menjaga Kehangatan Bayi.....	117
7.2.2 Pemotongan dan Perawatan Talipusat.....	118
7.2.3 Pelaksanaan IMD (Inisiasi Menyusui Dini)	119

7.2.4 Mencegah Terjadinya Perdarahan Pada Bayi Baru Lahir.....	120
7.2.5 Mencegah Terjadinya Infeksi Mata Pada Bayi Baru Lahir.....	121
7.2.6 Pemberian Imunisasi Pada Bayi.....	121
7.2.7 Pemeriksaan Fisik Pada Bayi Baru Lahir.....	122
7.2.8 Persiapan Bayi Baru Lahir Normal Pulang	123
DAFTAR PUSTAKA	125
BAB 8 PERTOLONGAN PERSALINAN NORMAL	127
8.1 Pendahuluan	127
8.2 Prinsip Lima Benang Merah.....	128
8.2.1 Pengambilan Keputusan Klinik	128
8.2.2 Asuhan Sayang Ibu dan Bayi	128
8.2.3 Pencegahan Infeksi	129
8.2.4 Pencatatan (Dokumentasi)	130
8.2.5 Rujukan.....	130
8.3 Penatalaksanaan Proses Persalinan	132
DAFTAR PUSTAKA.....	141
BAB 9 DETEKSI DINI KEGAWATDARURATAN, KOMPLIKASI DAN PENANGANAN AWAL KEGAWAT DARURATAN, PENYULIT, KOMPLIKASI YANG TERJADI DALAM KALA I,II, II DAN IV PERSALINAN	143
9.1 Pendahuluan	143
9.2 Pengertian.....	144
9.3 Deteksi Dini Kegawatdaruratan, Komplikasi Dan Penanganan Awal Kegawat Daruratan, Penyulit, Komplikasi Yang Terjadi Dalam Kala I, II, II Dan IV Persalinan.....	145
DAFTAR PUSTAKA	182

BAB 10 DETEKSI DINI KEGAWATDARURATAN, KOMPLIKASI DAN PENANGANAN AWAL PADA KEGAWATDARURATAN, PENYULIT, KOMPLIKASI YANG TERJADI PADA BAYI BARU LAHIR	171
10.1 Pendahuluan.....	171
10.2 Komplikasi pada Bayi Baru Lahir	171
10.2.1 Sindrom Aspirasi Mekonium (SAM)/ (<i>Meconium Aspiration Syndrome</i> [MAS])	172
10.2.2 Apnea.....	174
10.2.3 Respiratory Distress Syndrome (RDS)	177
10.2.4 Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)	180
DAFTAR PUSTAKA	182
BAB 11 PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN DAN PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR	185
11.1 Pendahuluan.....	185
11.2 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan SOAPIER....	187
11.3 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan SOAPIE.....	190
11.4 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan SOAPIE	192
11.5 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan SOAP	195
DAFTAR PUSTAKA	202
BAB 12 KONSEP DAN SISTEM RUJUKAN PADA KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL PADA MASA PERSALINAN	205
12.1 Pendahuluan.....	205
12.2 Sistem Rujukan Pada Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal	207
12.3 Asuhan Kegawatdaruratan Maternal Neonatus dengan Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)	216
12.4 Asuhan Kegawatdaruratan Maternal Neonatus dengan Kejang	218
12.5 Asuhan Neonatus dengan Hipotermi	222
12.6 Asuhan Neonatus dengan Hipothermia Sedang	223

12.7 Asuhan Neonatus dengan Hyprtermia.....	225
12.8 Neonatus Dengan Ikterus.....	228
DAFTAR PUSTAKA.....	230
BAB 13 MELAKUKAN OBSERVASI ASUHAN	
PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR DI LAHAN	
PRAKTIK DENGAN PENDEKATAN CONTINUITY	
OF CARE (COC) UNTUK MENILAI KOLABORASI	
LINTAS PROFESI DALAM PEMECAHAN MASALAH231	
13.1 Latar Belakang.....	231
13.2 Pengertian	233
13.3 Asuhan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir Di Lahan	
Praktik Dengan Pendekatan <i>Continuity Of Care</i>	
(Coc) Untuk Menilai Kolaborasi Lintas Profesi	
Dalam Pemecahan Masalah.....	235
DAFTAR PUSTAKA.....	244
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Ransangan Estrogen.....	6
Gambar 1.2. Dilatasi Serviks.....	10
Gambar 1.3. Mekanisme Pembukaan Serviks.....	10
Gambar 1.4. Kala II Persalinan.....	12
Gambar 1.5. Kala III.....	13
Gambar 1.6. Langkah Mencuci tangan.....	20
Gambar 1.7. Prosedur pengelolaan peralatan bekas pakai	22
Gambar 1.8. Proses Dilatasi dan <i>Effacement</i>	29
Gambar 2.1. <i>Uterus</i> dan His.....	34
Gambar 2.2. Tulang Panggul.....	36
Gambar 2.3. Tulang Panggul.....	37
Gambar 2.4. Tulang Panggul Bidang Hodge	41
Gambar 2.5. Tulang Panggul Bidang <i>Hodge</i>	44
Gambar 2.6. Pelvis dan <i>Ligament</i>	47
Gambar 2.7. Perineum	48
Gambar 2.8. Perineum	49
Gambar 2.9. Perineum	50
Gambar 2.10. Plasenta	57
Gambar 5.1. Persalinan Kala II Normal	88
Gambar 5.2. Posisi Kala II Persalinan.....	91
Gambar 5.3. Proses pengeluaran plasenta.....	92
Gambar 5.4. Tanda pelepasan plasenta.....	93
Gambar 6.1. Identitas Ibu	102
Gambar 6.2. Pemantauan Kondisi Janin.....	104
Gambar 6.3. Penilaian Kemajuan Persalinan	105
Gambar 6.4. Pemantauan Kondisi Ibu	106
Gambar 6.5. Catatan Persalinan Kala I	107
Gambar 6.6. Catatan Persalinan Kala II.....	107
Gambar 6.7. Catatan Persalinan Kala III	108
Gambar 6.8. Pencatatan Bayi Baru Lahir.....	109

Gambar 6.9. Pemantauan Persalinan Kala IV	110
Gambar 7.1. Mekanisme Kehilangan Panas Pada Bayi Baru Lahir	116
Gambar 9.1. Jenis Plasenta Previa1	151
Gambar 9.2. Letak Sungsang	158

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Perbedaan His Pendahuluan Dan His Persalinan.....	32
Tabel 2.2. Perbandingan Tipe Panggul	44
Tabel 5.1. Pemantauan kala I persalinan	87
Tabel 7.1. Lima Perilaku Bayi Pada Saat Menyusui	118
Tabel 8.1. 60 langkah APN	130
Tabel 10.1. Evaluasi Gawat Nafas dengan Skor Downes	177
Tabel 10.2. Evaluasi <i>Respirasi Distress Skor Downes</i>	177

BAB 1

KONSEP DASAR PERSALINAN

Oleh Iin Octaviana Hutagaol

1.1 Pendahuluan

Salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia adalah pemenuhan hak asasi manusia berupa kesehatan. Hal ini sejalan dengan Sistem Kesehatan Nasional Tahun 2009 yang menyebutkan bahwa setiap kegiatan dan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya harus dilaksanakan berdasarkan prinsip non diskriminatif, partisipatif, perlindungan dan berkelanjutan

Pada tahun 2017 sekitar 810 ibu didunia meninggal dunia setiap hari akibat persalinan dan 94% dari semua kematian ibu terjadi di Negara berpendapatan rendah dan menengah ke bawah. *World Health Organization* (WHO) melaporkan bahwa penyebab langsung kematian ibu terjadi saat dan pasca melahirkan, kemudian 75% kasus kematian ibu diakibatkan oleh perdarahan, infeksi atau tekanan darah tinggi saat kehamilan. Sementara itu, masih pada tahun yang sama data *World Bank* mencatat bahwa capaian terburuk terjadi di Myanmar dengan 250 kematian, kemudian Laos dengan 185 kematian, sedangkan Indonesia menempati posisi ketiga dengan 177 kematian per 100 ribu kelahiran. Negeri Jiran dengan 29 Kematian dan Singapura hanya 8 kematian per 100 ribu kelahiran. Dengan demikian dari 10 negara ASEAN, baru setengahnya yang melampaui target tujuan pembangunan berkelanjutan (*Sustainable Development Goal's*) untuk tahun 2030 yakni kurang dari 70 per 100 ribu kelahiran.

Penyebab tingginya AKI di Indonesia adalah disebabkan oleh beberapa faktor:

- Rendahnya cakupan pertolongan oleh tenaga kesehatan
- Fasilitas kesehatan yang kurang memadai
- Faktor langsung/media
- Faktor tidak langsung

Oleh karena itu buku ini dibuat sebagai upaya untuk mengatasi kematian ibu pada saat persalinan, untuk menambah pengetahuan bidan terkait konsep dasar persalinan.

1.2 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau bukan jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri)

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, hingga janin turun kedalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban di dorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari Rahim ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai dengan penyulit (Zanah, 2021)

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Persalinan normal adalah pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin. Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup diluar uterus melalui vagina ke dunia luar. Persalinan normal atau persalinan spontan adalah bila bayi lahir dengan letak belakang kepala tanpa melalui alat-alat atau pertolongan istimewa serta

tidak melukai ibu dan bayi dan umumnya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam.

Defenisi persalinan normal menurut WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan, beresiko rendah pada awal persalinan, dan tetap demikian selama proses persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan. Bayi dilahirkan secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37 minggu sampai dengan 24 minggu lengkap. Setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat.

Defenisi persalinan menurut helen varney adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan aterm (bukan premature dan post matur), mempunyai onset yang spontan (tidak diinduksi), tidak lebih dari 24 jam sejak saat awitannya (bukan partus presipitatus atau partus lama), mempunyai janin (tunggal) dengan presentasi vertex (puncak kepala) dan oksiput pada bagian anterior pelvis, terlaksana tanpa bantuan artificial (seperti *forceps*) , tidak mencakup komplikasi (seperti perdarahan hebat) dan mencakup kelahiran plasenta yang normal (Parwatiningsih, S, 2021)

Berdasarkan beberapa pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hamper cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau bukan jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanoa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) kemudian berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap.

Ibu belum masuk tahap inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks.

1.3 Macam- Macam Persalinan

Berdasarkan cara persalinan dapat dibedakan menjadi dua , yaitu:

a. Persalinan normal

Adalah proses kelahiran bayi yang terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (lebih dari 37 minggu) tanpa adanya penyulit, yaitu dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai bayi dan ibu. Partus spontan umumnya berlangsung 24 jam

b. Persalinan Normal

Persalinan pervaginam dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut dengan operasi Caesar.

Berdasarkan proses berlangsungnya persalinan dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu:

a. Persalinan spontan

Bila persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri atau melalui jalan lahir ibu tersebut

b. Persalinan Buatan

Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi forceps atau dilakukan operasi section Caesar

c. Persalinan anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya, tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban karena pemberian prostaglandin.

Berdasarkan lama kehamilan dan berat janin dibagi menjadi 6, yaitu:

- a. Abortus
Pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan, berat janin <500 gram dan umur kehamilan < 20 minggu
- b. Immaturus
Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu sampai dengan 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500-999 gram
- c. Prematurus
Persalinan pada usia kehamilan 28 minggu sampai dengan 36 minggu dengan berat janin kurang dari 1000-2499 gram
- d. Aterem
Persalinan antara usia kehamilan 37 minggu sampai dengan 42 minggu dengan berat janin diatas 2500 gram
- e. Serotinus/Posmatur
Persalinan yang melampaui usia kehamilan 42 minggu dan pada janin terdapat tanda-tanda postmature
- f. Presipitatus
Persalinan berlangsung kurang dari 3 jam.

1.4 Sebab-Sebab Terjadinya Persalinan

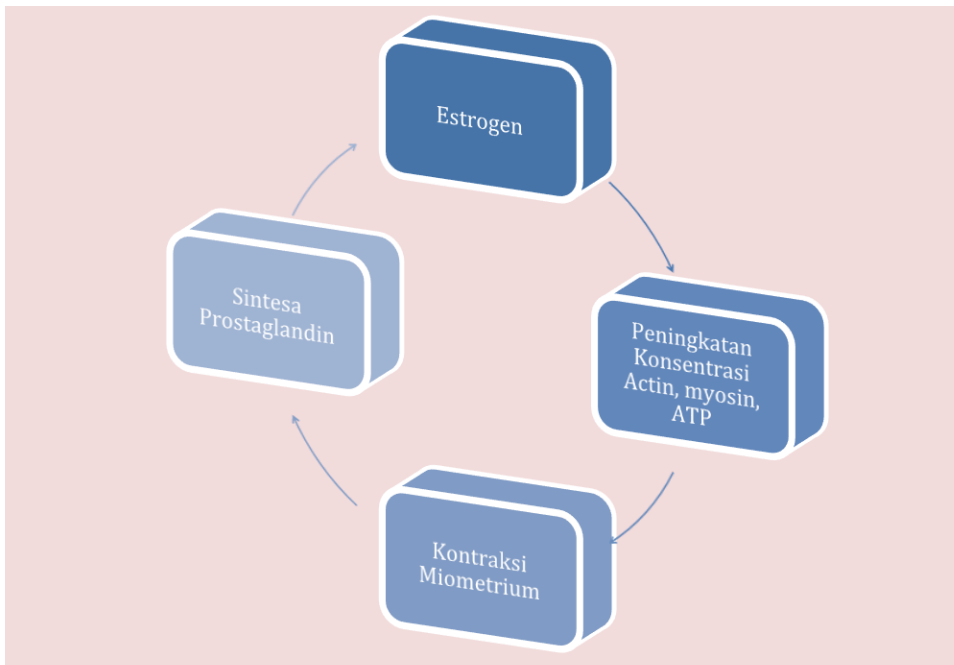
1.4.1 Teori Penurunan Kadar Hormon Progesteron

Hormon Progesteron merupakan hormone yang mengakibatkan relaksasi pada otot Rahim. Selama kehamilan , terdapat keseimbangan antara progesterone dan estrogen didalam darah. Progesteron menghambat kontraksi selama kehamilan sehingga mencegah ekspulsi fetus, Sebaliknya, estrogen mempunyai kecenderungan meningkatkan derajat kontraktilitas uterus. Baik progesterone maupun estrogen disekresikan dalam jumlah yang secara progresif makin bertambah selama kehamilan. Namun saat kehamilan mulai

masuk usia 7 bulan dan seterusnya, sekresi estrogen terus meningkat, sedangkan sekresi progesterone tetap konstan atau mungkin sedikit menurun sehingga terjadi kontraksi brakton hicks saat akhir kehamilan yang selanjutnya bertindak sebagai kontraksi persalinan.

1.4.2 Teori Rangsangan Estrogen

Estrogen Menyebabkan *irritability* myometrium, estrogen memungkinkan sintesa prostaglandin pada decidua dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus (myometrium).



Gambar 1.1. Rangsangan Estrogen

Sumber: (Oktarina, 2016)

1.4.3 Teori oksitosin

Menjelang persalinan terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot Rahim sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi, diduga bahwa oksitosin dapat menimbulkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung.

1.4.4 Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh deciduas menjadi salah satu penyebab permulaan persalinan. Hal ini disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi, baik dalam air ketuban maupun darah perifer ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.

1.4.5 Teori Plasenta menjadi Tua

Plasenta yang menjadi tua seiring bertambahnya usia kehamilan menyebabkan kadar estrogen dan progesterone turun. Hal ini juga mengakibatkan kejang pada pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi.

1.4.6 Distensi Rahim

Seperti halnya kandung kemih yang bila dindingnya meregang karena isinya, demikian pula dengan Rahim. Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan maka otot-otot Rahim akan semakin meregang. Rahim yang membesar dan meregang iskemi otot-otot Rahim sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenter kemudian timbullah kontraksi.

1.4.7 Teori iritasi mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale (Fleksus Franker Hauser). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin maka akan timbul kontraksi

1.4.8 Pengaruh Janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal janin juga memegang peranan dalam terjadinya persalinan pada janin anancepalus kehamilan lebih lama dari biasanya.

1.5 Tahapan-Tahapan Persalinan

1.5.1 Kala I

Kala 1 disebut juga dengan kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0 sampai dengan pembukaan lengkap (10 cm). Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga pasien masih dapat berjalan-jalan. Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibedakan menjadi dua fase, yaitu:

a. Fase Laten

Berlangsung 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai dengan pembukaan mencapai ukuran diameter 3 cm

b. Fase Aktif

1) Fase akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm

2) Fase dilatasi maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm sampai dengan 9 cm

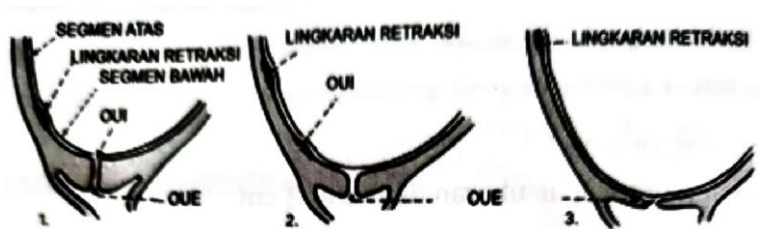
3) Fase dilatasi

Pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan berubah menjadi pembukaan lengkap

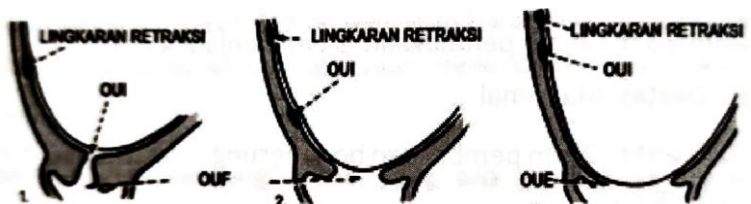
Di dalam fase aktif ini, frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap, biasanya terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Biasanya dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi kecepatan rata-rata yaitu 1 cm perjam untuk primigravida dan 2 cm untuk multigravida.

Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida begitu pula pada multigravida, tetapi pada fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Mekanisme pembukaan serviks berbeda antara primi atau multigravida. Pada primigravida, OUI membuka lebih dulu sehingga serviks akan mendatar dan menipis, baru kemudian OUE membuka, Pada multigravida OUI dan OUE akan mengalami penipisan dan pendataran yang bersamaan. Kala 1 selesai apabila pembukaan serviks sudah lengkap.

Pada primigravida kala 1 berlangsung kira-kira 12 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam.



Dilatasi Serviks, pada primigravida pendataran mendahului proses dilatasi. Pada multipara pendataran dan dilatasi terjadi secara bersamaan.



'SHOW' dan pembentukan *'FOREWATERS'*

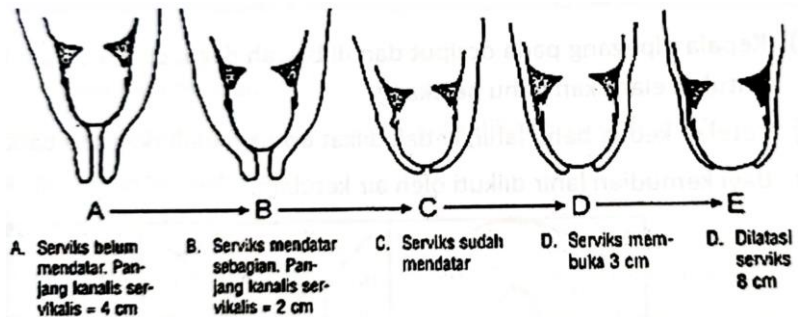
Pendataran dan Dilatasi serviks melepaskan selaput ketuban dari daerah ostium uteri internum -OUI dengan

menyebabkan sedikit perdarahan serta membebaskan sumbatan serviks (operculum). Ini menyebabkan timbulnya 'show' dan memungkinkan pembentukan forewater yang berfungsi untuk membuka serviks-dilatasi.



Gambar 1.2. Dilatasi Serviks

Sumber: (Jurnal Bidan Diah, 2012)



Gambar 1.3. Mekanisme Pembukaan Serviks

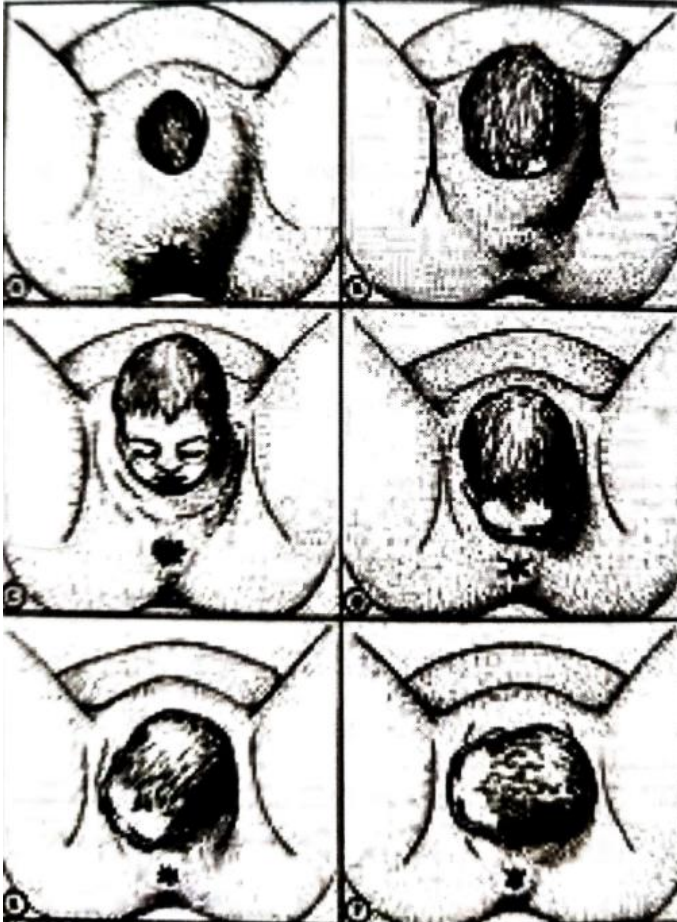
Sumber: (Jurnal Bidan Diah, 2012)

1.5.2 Kala II

Kala II disebut juga dengan kala pengeluaran, kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida, gejala utama dari kala II adalah:

- His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik

- b. Menjelang akhir kala 1, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan mendadak
- c. Ketuban pecah pada pembukaan merupakan pendeteksi lengkap diikuti keinginan mengejan karena fleksus frankenhauser tertekan
- d. Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga kepala bayi membuka pintu, sub occiput bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir dari dahi, muka, dagu yang melewati perineum
- e. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung
- f. Setelah putar paksi luar berlangsung maka persalinan bayi ditolong dengan jalan:
 - Kepala dipegang pada occiput dan dibawah dagu, ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu belakang
 - Setelah kedua bahu lahir, ketiak diikat untuk melahirkan sisa badan bayi
 - Bayi kemudian lahir diikuti oleh air ketuban.



Gambar 1.4. Kala II Persalinan
 Sumber: (Mutmainnah. UI A. Dkk, 2017)

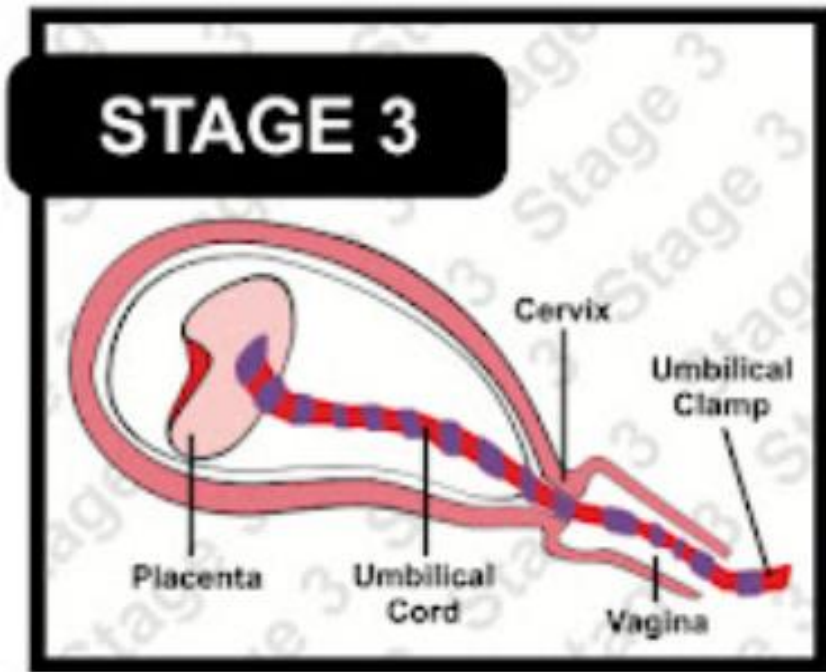
1.5.3 Kala III

Setelah Kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Melalui kelahiran bayi, plasenta sudah mulai terlepas pada lapisan Nitabisch karena sifat retraksi otot Rahim. Dimulai segera setelah bayi lahir sampai plasenta lahir, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, jika lebih maka harus diberi penanganan lebih atau dirujuk. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda:

- a. Uterus menjadi bundar
- b. Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas kesegmen bawah Rahim
- c. Tali pusat bertambah Panjang
- d. Terjadi perdarahan

Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara crede pada fundus uteri. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir.

Lepasnya plasenta Schultze, biasanya tidak ada pendarahan sebelum plasenta lahir, sedangkan cara Duncan yaitu plasenta lepas dari pinggir, biasanya darah mengalir keluar antar selaput ketuban.



Gambar 1.5. Kala III
Sumber:(Mutmainnah. UI A. Dkk, 2017)

1.5.4 Kala IV

Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena pendarahan post. Paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah:

- a. Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua kala empat. Jika ada temuan tidak normal, tingkatkan frekuensi observasi dan penilaian kondisi ibu
- b. Masase uterus berkontraksi baik setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua kala empat. Jika ada temuan yang tidak normal, tingkatkan frekuensi observasi dan penilaian kondisi ibu
- c. Pantau temperature tubuh setiap jam dalam duam jam pertama pasca persalinan, jika meningkat, pantau dan tata laksana sesuai dengan apa yang diperlukan
- d. Nilai jumlah darah yang keluar, periksa perineum dan vagina setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua pada kala empat
- e. Ajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan masase jika uterus lembek
- f. Minta anggota keluarga untuk memeluk bayi, bersihkan dan bantu ibu mengenakan baju atau sarung yang bersih dan kering. Atur posisi ibu agar nyaman, duduk bersandarkan bantal atau berbaring miring. Jaga agar bayi diselimuti dengan baik, bagian kepala tertutup baik kemudian berikan bayi ke ibu dan anjurkan untuk dipeluk dan diberi ASI
- g. Lakukan asuhan esensial bagi bayi baru lahir (Santoso, 2017).

1.6 Lima Benang Merah Dalam Asuhan Persalinan

Tujuan dari asuhan persalinan adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagi upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.

Lima benang merah dirasa sangat penting dalam memberikan asuhan persalinan dan kelahiran bayi yang bersih dan aman. Kelima benang merah yang dijadikan dasar asuhan persalinan yang bersih dan aman adalah:

1.6.1 Pengambilan keputusan klinik

Membuat keputusan merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarga maupun petugas yang memberikan pertolongan. Membuat keputusan klinik dihasilkan melalui serangkaian proses dan metode yang sistematis menggunakan informasi dan dari hasil intervensi berdasarkan bukti, keterampilan dan pengalaman yang dikembangkan melalui berbagai tahap yang logis dalam upaya menyelesaikan masalah dan terfokus pada pasien.

Berikut ini merupakan langkah proses pengambilan keputusan klinis:

a. Pengumpulan data

Bidan mengumpulkan data subjektif dan data objektif dari klien. Data subjektif adalah informasi yang diceritakan ibu tentang apa yang dirasakan, apa yang sedang dialami dan apa yang telah dialami termasuk informasi tambahan dari anggota keluarga tentang status ibu. Data objektif adalah informasi yang dikumpulkan berdasarkan pemeriksaan pengantar terhadap ibu atau bayi baru lahir, cara mengumpulkan data yaitu berbicara dan mengajukan

pertanyaan-pertanyaan tentang kondisi ibu dan riwayat perkalan penyakit , mengamati tingkah laku ibu apakah terlihat sehat atau sakit. Melakukan pemeriksaan fisik serta pemeriksaan tambahan lainnya.

b. Diagnosis

Membuat diagnosis secara tepat dan cepat setelah data dikumpulkan dan dianalisa. Pastikan bahwa data-data yang ada dapat mendukung diagnose, jangan lupa untuk memperhatikan kemungkinan sejumlah diagnose banding

c. Penatalaksanaan asuhan

Rencana penatalaksanaan asuhan disusun setelah diagnose ditegakkan. Pilihan intervensi efektif di pengaruhi oleh: bukti bukti klinik , keinginan dan kepercayaan ibu, tempat dan waktu asuhan , perlengkapan , bahan dan obat-obatan yang tersedia, biaya yang diperlukan

d. Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk menilai bagaimana tingkat efektifitas penatalaksanaan yang telah diberikan kepada klien. Tentukan apakah perlu dikaji ulang atau diteruskan sesuai dengan kebutuhan saat itu atau kemajuan pengobatan.

1.6.2 Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang Ibu adalah asuhan yang menghargai budaya kepercayaan dan keinginan sang ibu. beberapa prinsip dasar asuhan sayang Ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. *Evidence midwifery* menunjukkan bahwa jika Ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama persalinan mereka mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik, asuhan sayang Ibu yang dapat diberikan:

- a. Meninggalkan intervensi yang membahayakan, seperti pemberian oksitosin sebelum persalinan dengan cara

apapun efeknya tidak dapat dikontrol, mendorong fundus selama persalinan

- b. Memberikan Ibu kebebasan untuk menentukan posisi dan gerakan yang diinginkan selama persalinan dan kelahiran
- c. Kebiasaan rutin yang membahayakan yang harus dihindarkan seperti Klisma, pencukuran rambut pubis dan eksplorasi uterus.

Konsep asuhan sayang Ibu menurut pusdiknakes 2003 adalah sebagai berikut:

- a. Asuhan yang aman berdasarkan *evidence base* dan ikut meningkatkan kelangsungan hidup ibu. pemberian asuhan harus saling menghargai budaya, kepercayaan, menjaga privasi, memenuhi kebutuhan dan keinginan ibu
- b. Asuhan sayang Ibu memberikan rasa nyaman dan aman selama proses persalinan, menghargai kebiasaan budaya, praktik keagamaan dan kepercayaan dengan melibatkan ibu dan keluarga dalam pengambilan keputusan
- c. Asuhan sayang Ibu menghormati kenyataan bahwa kehamilan dan persalinan merupakan proses alamiah dan tidak perlu intervensi tanpa adanya komplikasi
- d. Asuhan sayang ibu berpusat pada ibu, bukan pada petugas kesehatan asuhan sayang Ibu menjamin ibu dan keluarganya dengan memberitahu tentang apa yang terjadi dan apa yang bisa diharapkan.

Prinsip asuhan sayang ibu:

- a. Memahami bahwa kelahiran merupakan proses alami dan fisiologis
- b. Menggunakan cara-cara sederhana dan tidak melakukan intervensi tanpa adanya indikasi medis
- c. Memberikan rasa aman, berdasarkan fakta dan memberi kontribusi pada keselamatan jiwa ibu

- d. Asuhan yang diberikan berpusat pada ibu
- e. Menjaga privasi serta kerahasiaan ibu
- f. Membantu ibu agar merasa aman nyaman dan didukung secara emosional
- g. Memastikan Ibu mendapatkan informasi penjelasan dan konseling yang cukup
- h. Mendukung ibu dan keluarga untuk berperan aktif dalam pengambilan keputusan
- i. Menghormati praktek-praktek adat dan keyakinan agama
- j. Memantau kesejahteraan fisik, psikologis, spiritual, dan sosial ibu/ keluarganya selama persalinan kehamilan dan nifas
- k. Memfokuskan perhatian pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit

1.6.3 Pencegahan Infeksi Dalam Proses Persalinan

Tindakan pencegahan infeksi adalah bagian esensial dari asuhan lengkap yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir dan harus dilaksanakan secara rutin. Mengingat bahwa infeksi dapat ditularkan melalui darah, sekret vagina, air mani, cairan amnion dan cairan tubuh lainnya maka setiap petugas yang bekerja di lingkungan yang mungkin terpapar hal-hal tersebut mempunyai risiko untuk tertular bila tidak mengindahkan prosedur pencegahan infeksi.

Penatalaksanaan pencegahan infeksi untuk meminimalkan risiko terjadinya infeksi pada ibu bersalin meliputi: prosedur cuci tangan, Pemakaian sarung tangan, pengelolaan cairan antiseptik, pemrosesan alat bekas pakai, dan pengelolaan sampah medik belum sepenuhnya dilakukan sesuai dengan pedoman pencegahan infeksi.

a. Prosedur cuci tangan :

Mencuci tangan dengan air dan sabun akan banyak mengurangi jumlah mikroorganisme dari kulit dan tangan. Berikut adalah 7 langkah cuci tangan yang efektif:

1. Basahi Kedua telapak anda dengan air mengalir, Lalu tuangkan sabun ke telapak usap dan gosok dengan lembut pada Kedua telapak tangan
2. Gosok masing-masing punggung tangan secara bergantian
3. Jari jemari saling masuk untuk membersihkan sela-sela jari
4. Gosokan ujung jari dengan mengatupkan jari-jari tangan kanan terus gosokan ke telapak tangan kiri bergantian
5. Gosok dan putar ibu jari secara bergantian
6. Gosokan Ujung Kuku pada telapak tangan secara bergantian
7. Terakhir menggosok kedua pergelangan tangan dengan cara diputar dengan telapak tangan bergantian setelah itu bilas dengan menggunakan air bersih dan mengalir lalu keringkan.



Gambar 1.6. Langkah Mencuci tangan
 Sumber: (Researchgate, 2022)

b. Pengelolaan cairan antiseptik

Klorin berfungsi sebagai desinfektan. mikroorganisme patogen utama yang terdapat di dalam air umumnya berasal dari kotoran manusia, misalnya salmonella paratyphi, bacillus shigella, dan vibrio cholera. desinfeksi air dapat dilakukan mendekati sempurna Yaitu 99,9% populasi bakteri. istilah klorinasi dalam desinfeksi air mengacu pada penggunaan klorin sebagai desinfeksi. meskipun sebenarnya desinfeksi dapat pula dilakukan dengan menggunakan Ozon atau sinar ultraviolet.

Keuntungan dan kerugian penggunaan bahan yang melepaskan klorin:

KEUNTUNGAN	KERUGIAN
Mempunyai aktivitas yang baik dalam melawan HIV dan hepatitis B	Bersifat korosif sehingga perlu kehati-hatian jika digunakan terhadap permukaan logam
Tersedia luas sebagai pemutih rumah tangga	Natrium hipoklorit mudah rusak sesudah dilarutkan
Relatif murah dibandingkan desinfektan lain	Kesalahan dapat terjadi pada saat mengencerkan larutan

Sumber: (Oktarina, 2016)

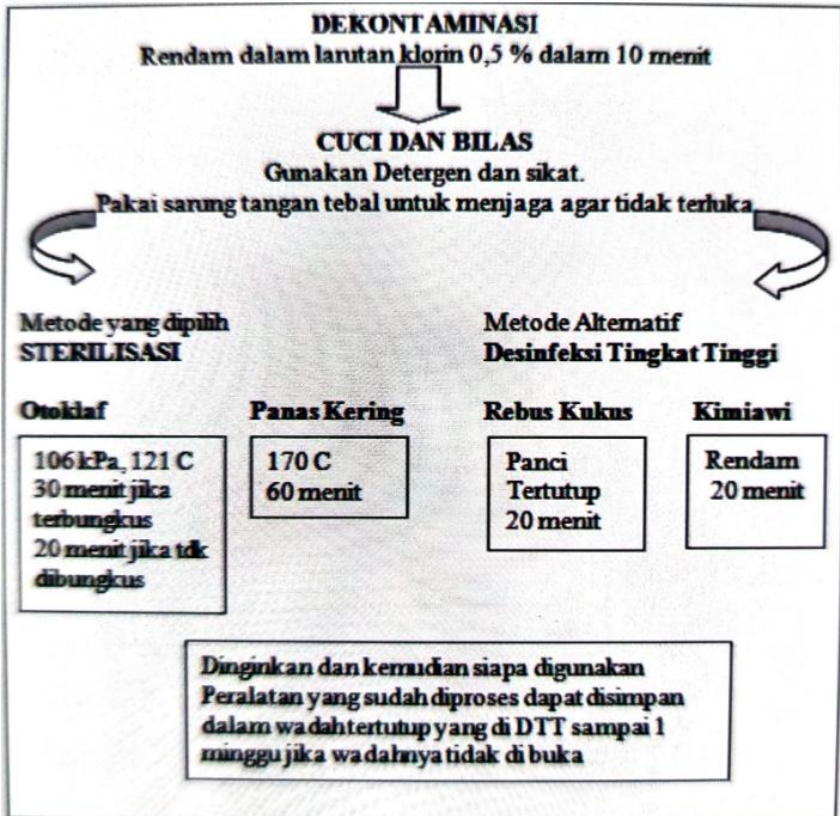
c. Pemrosesan alat partus bekas pakai:

Pengelolaan alat kesehatan dapat mencegah penyebaran infeksi melalui alat kesehatan, atau menjamin alat tersebut selalu dalam kondisi steril dan siap pakai. pemilihan pengelolaan alat tergantung pada kegunaan alat dengan tingkat resiko penyebaran infeksi.P

Pengelolaan alat dilakukan melalui empat tahapan yaitu:

1. Dekontaminasi
2. Pencucian
3. Sterilisasi Atau DTT
4. Penyimpanan

Gambar 1.7. Prosedur pengelolaan peralatan bekas pakai



Sumber: (Oktarina, 2016)

Pemilihan cara pengelolaan alat kesehatan sesuai dengan resiko infeksi dan jenis penggunaan alat:

Tingkat Resiko	Jenis Penggunaan Alat	Cara Pengelolaan
Resiko Tinggi	Alat yang diunakan menembus kulit atau rongga tubuh	Sterilisasi atau menggunakan alat steril sekali pakai
Resiko sedang	Alat untuk digunakan pada mukosa atau kulit yang tidak utuh	Sterilisasi atau desinfeksi kimiawi atau perebusan
Resiko rendah	Alat yang digunakan pada kulit utuh tanpa menembus	Cuci bersih

1.6.4 Pencatatan dan Pendokumentasian

Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan atau bayinya. jika asuhan tidak dicatat dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan. pencatatan adalah bagian dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus-menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. mengkaji ulang catatan memungkinkan untuk menganalisa data yang telah dikumpulkan Dan dapat lebih efektif dalam merumuskan suatu diagnosis dan Membuat rencana asuhan atau perawatan bagi ibu atau bayinya. partograf adalah bagian terpenting dari proses pencatatan selama persalinan. apabila Fasilitas Kesehatan diwajibkan untuk melaksanakan sistem pencatatan yang terstandar secara nasional maka hal tersebut Harus dipatuhi dan dilaksanakan dengan penuh tanggung jawab. pencatatan rutin yang perlu dibuat dan dilengkapi adalah status pasien, alur proses,

diagnosis dan tatalaksana, asuhan Neonatus, laporan persalinan atau tindakan medik yang dilakukan, laporan kejadian yang tidak diinginkan, kohor pasien. komplikasi yang terjadi, hasil pengobatan dan sebagainya.

Pencatatan rutin adalah penting karena:

- a. Dapat digunakan sebagai alat bantu untuk membuat keputusan klinik dan mengevaluasi Apakah asuhan atau perawatan sudah sesuai dan efektif, mengidentifikasi kesenjangan pada asuhan yang diberikan dan untuk membuat perubahan dan peningkatan pada rencana asuhan atau perawatan
- b. Dapat digunakan sebagai tolak ukur keberhasilan proses membuat keputusan klinik. dari aspek metode keperawatan, informasi tentang intervensi atau asuhan yang bermanfaat dapat dibagikan atau diteruskan kepada tenaga kesehatan lainnya.
- c. Merupakan catatan permanen tentang asuhan, perawatan dan obat yang diberikan
- d. Dapat dibagikan diantara para penolong persalinan. hal ini menjadi penting Jika ternyata rujukan memang diperlukan karena hal ini berarti lebih dari satu penolong persalinan akan memberikan perhatian dan asuhan pada ibu atau bayi baru lahir
- e. Dapat mempermudah kelangsungan asuhan dari satu kunjungan ke kunjungan berikutnya, dari satu penolong persalinan ke penolong persalinan lainnya , Atau dari satu fasilitas ke fasilitas kesehatan lainnya. melalui pencatatan rutin penolong persalinan akan mendapat informasi yang relevan dari setiap ibu atau bayi baru lahir yang diasuhnya
- f. Dapat digunakan untuk penelitian atau studi kasus
- g. Diperlukan untuk memberikan masukan data statistik nasional dan daerah, termasuk catatan kematian dan kesehatan ibu atau bayi baru lahir

Aspek-aspek penting dalam pencatatan termasuk:

- a. Tanggal dan waktu asuhan tersebut diberikan
- b. Identifikasi penolong persalinan
- c. Paraf atau tanda tangan dari penolong persalinan pada semua catatan
- d. Mencakup informasi yang berkaitan secara tepat dicatat dengan jelas dan Dapat dibaca
- e. Suatu sistem untuk memelihara catatan pasien sehingga selalu siap tersedia
- f. Kerahasiaan dokumen-dokumen medis

Ibu harus diberikan salinan catatannya atau catatan klinik antenatal, dokumen dokumen rujukan dan lain-lain beserta panduan yang jelas:

- a. Maksud dari dokumen-dokumen tersebut
- b. Kapan harus dibawa
- c. Kepada siapa harus diberikan
- d. Bagaimana menyimpan dan mengamankannya baik di rumah atau Selama perjalanan ke tempat rujukan

1.6.5 Rujukan Medik

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap. Rujukan adalah suatu pelimpahan tanggung jawab timbal balik atas kasus atau masalah Kebidanan yang timbul baik secara vertikal (dari satu unit ke Unit yang lebih lengkap/ rumah sakit) maupun horizontal (dari satu bagian ke bagian lain dalam satu unit). Sangat sulit untuk menduga Kapan penyulit terjadi sehingga kesiapan merujuk ibu atau bayi ke fasilitas rujukan secara optimal dan tepat waktu menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan.

Kegiatan rujukan dan pelayanan kebidanan:

1. Pengiriman orang sakit dari unit kesehatan kurang lengkap ke unit yang lebih lengkap
2. Rujukan kasus-kasus patologic pada kehamilan persalinan dan nifas
3. Pengiriman kasus masalah reproduksi manusia
4. Pengiriman bahan laboratorium

Kaji ulang rencana rujukan dengan ibu dan keluarganya. Jika ibu belum membuat rencana rujukan selama kehamilannya, penting mendiskusikan rencana tersebut dengan ibu dan keluarganya di awal persalinan. jika timbul masalah pada saat persalinan dan rencana rujukan belum dibicarakan maka sering kali sulit untuk melakukan semua persiapan-persiapan secara cepat. singkatan BAKSO KUDA dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi.

- B) Bidan : Pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk dibawa ke fasilitas rujukan
- (A) Alat : Bawah perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan dan bayi baru lahir bersama ibu ke tempat rujukan yang mungkin diperlukan dalam perjalanan menuju fasilitas rujukan
- (K) Keluarga : Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk. suami atau anggota keluarga yang lain

- harus menemani Ibu dan bayi baru lahir hingga ke fasilitas rujukan
- (S) Surat : Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil penyakit, asuhan, obat-obatan yang diterima ibu dan bayi baru lahir. sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik
- (O) Obat : Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar Ibu ke fasilitas rujukan
- (K) Kendaraan : Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman
- (U) Uang : Ingatkan keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan

1.7 Tanda-Tanda Persalinan

Menjelang Minggu ke-36, pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh:

- a. Kontraksi Braxton his
- b. Ketegangan dinding perut

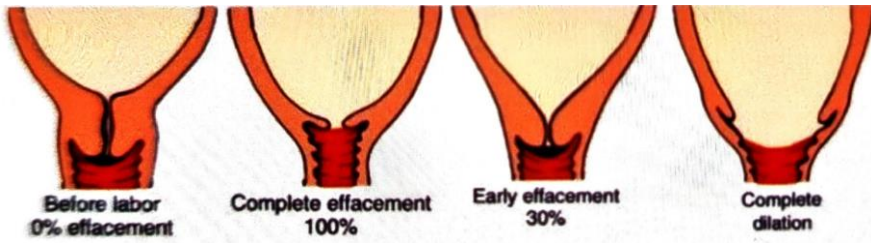
- c. Ketegangan ligamentum rotundum
- d. Gaya berat janin di mana kepala ke arah bawah

Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan Ibu merasakan:

- a. Ringan di bagian atas, rasa sesaknya berkurang, sesak di bagian bawah, terjadi kesulitan berjalan dan sering kencing (*follaksuria*)
- b. Terjadinya his permulaan
Makin tua kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, atau yang disebut dengan his palsu. sifat his palsu antara lain:
 - 1) Rasa nyeri ringan di bagian bawah
 - 2) Datangnya tidak teratur
 - 3) Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda
 - 4) Durasinya pendek

Tanda-tanda timbulnya persalinan atau inpartu

- 1) Terjadinya his persalinan
- 2) Keluarnya lendir bercampur darah pervaginam (*Blood show*)
- 3) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya
- 4) Dilatasi dan *Effacement*
Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh His. *Effacement* adalah pendaftaratan atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjangnya 1 sampai 2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya Ostium yang tipis seperti kertas



Gambar 1.8. Proses Dilatasi dan *Effacement*
Sumber: (Oktarina, 2016)

DAFTAR PUSTAKA

- Jurnal Bidan Diah. 2012. *Mekanisme fase pembukaan persalinan : kala I fase laten, fase aktif akselerasi, dilatasi maksimal, deselerasi.* Available at: <http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/macam-macam-pembukaan-persalinan.html> (Accessed: 28 February 2023).
- Mutmainnah. UI A. Dkk. 2017. *Asuhan Persalinan Normal & Bayi Baru Lahir.* Yogyakarta: Andi.
- Oktarina, M. 2016. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir.* Yogyakarta: Deepublish.
- Parwatiningsih, S, A. 2021. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir.* Bojogenteng: CV.Jejak.
- Researchgate. 2022. *Langkah Mencuci Tangan.*
- Santoso, D. 2017. *Asuhan Persalinan Normal, Asuhan Esensial Bagi Ibu dan Bayi Baru Lahir serta Penatalaksanaan Komplikasi Segera Pasca persalinan dan Nifas.* JNPKKR.
- Zanah, M.D. 2021. *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan dan Bayi baru lahir.* Yogyakarta: Bintang.

BAB 2

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERSALINAN

Oleh St. Subriani

Pada setiap persalinan ada beberapa faktor yang mempengaruhi proses persalinan normal yang dikenal dengan istilah 5P, yaitu: *Power*, *Passage*, *Passenger*, Psikis ibu bersalin, dan Penolong persalinan yang dijelaskan dalam uraian berikut :

2.1 Power

2.1.1 His/Kontraksi *Uterus*

His adalah salah satu kekuatan pada ibu yang menyebabkan mulut rahim membuka dan mendorong janin ke bawah. Pada presentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk ke dalam rongga panggul. Ibu yang akan melahirkan merasakan kontraksi *involunteer* dan *volunteer* secara bersamaan (Yulizawati *et al.*, 2019). *Power* adalah Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot rahim, kontraksi diafragma dan aksi dari *ligament*, kekuatan fisiologis utama selama persalinan adalah kontraksi *uterus*. His adalah gelombang kontraksi berirama/teratur dari otot polos dinding rahim yang dimulai dari daerah puncak *uterus* atau yang disebut dengan *fundus uteri*, permulaan gelombang kontraksi tersebut terdapat di dinding *uterus* yang dalam keadaan normal mengarah ke daerah leher servikalis (jalan lahir) yang membuka, untuk mendorong isi

(janin, air ketuban dan plasenta) *uterus* dari keluar (Jahriani, 2021).

Ada dua macam kontraksi yang pertama kontraksi palsu (*Braxton Hicks*) dan kontraksi yang asli. Pada kontraksi palsu berlangsung singkat, jarang dan tidak teratur, semakin lama tidak ada perubahan dari kekuatan kontraksi tersebut. Sedangkan kontraksi yang sebenarnya (His Persalinan) bila ibu hamil merasakan perut mulas dan makin sering, waktunya semakin lama, dan makin kencang terasa, disertai nyeri seperti kram perut. Perut bumil juga terasa kencang. Kontraksi bersifat nyeri yang dirasakan terjadi pada bagian puncak rahim atau bagian tengah perut atas atau puncak (*fundus*), pinggang dan panggul serta perut bawah. Tidak semua ibu hamil mengalami kontraksi (His) palsu. Kontraksi ini merupakan hal normal untuk mempersiapkan rahim untuk menghadapi persalinan (Yulizawati *et al.*, 2019) (Jenny. J.,S., 2013)

Energi yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot - otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen. (Kurniarum, 2016)

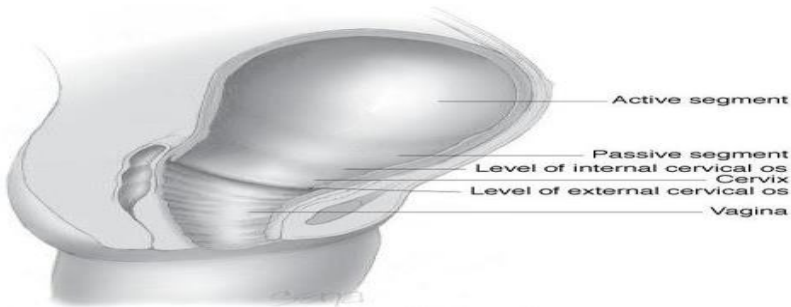
Tabel 2.1. Perbedaan His Pendahuluan Dan His Persalinan

His Pendahuluan	His Persalinan
<i>Irregular</i>	<i>Reguler</i>
Sedikit nyeri	Nyeri
Lambat	Tambah cepat
Tidak mempengaruhi serviks	Berpengaruh pada serviks

(Sumber: Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL)

- 1) Perubahan-perubahan yang terjadi akibat His
 - a) Pada *uterus* dan serviks : terasa keras dan padat karena kontraksi. Tekanan hidrostatik *intrauterine* akan mengalami peningkatan dan menyebabkan serviks menjadi datar (*effacement*) dan membuka (dilatasi)
 - b) Pada ibu : rasa nyeri pada *ischemia* rahim dan kontraksi rahim yang mengakibatkan peningkatan nadi dan tekanan darah
 - c) Pada janin : pertukaran O₂ pada sirkulasi uteroplasenta berkurang yang akan menyebabkan hipoksia pada janin, denyut jantung janin melambat dan kurang jelas terdengar karena adanya *ischemia* fisiologis
- 2) Pembagian His Persalinan:
Pembagian his menurut fisiologinya (Jenny. J.,S., 2013) dibagi menjadi
 - a) His Pendahuluan : his yang menimbulkan pembukaan dari serviks sampai terjadi pembukaan lengkap (1-10 cm)
 - b) His Pengeluaran : His yang mendorong bayi keluar, biasanya disertai dengan keinginan mendedan yang sangat kuat, teratur, simetris, dan terkoordinir antara *uterus*, diafragma dan ligamen
 - c) His Pelepasan Plasenta : His dengan kontraksi sedang untuk melepaskan dan mengeluarkan plasenta
 - d) His Pengiring : Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim akan terjadi dalam beberapa jam atau hari
- 3) Pengkajian his
 - a) Frekuensi: jumlah his dalam waktu tertentu

- b) Durasi : lamanya kontraksi berlangsung dalam satu kontraksi
 - c) Intensitas: kekuatan kontraksi diukur dalam satuan mmHg dibedakan menjadi; kuat, sedang dan lemah
 - d) Interval: masa relaksasi (diantara dua kontraksi)
 - e) Munculnya kontraksi: dibedakan menjadi; kadang - kadang, sering, teratur.
- 4) Cara mengukur kontraksi
- a) Selama 10 menit
 - b) Contoh hasil pengukuran: 3x/10'/40-50"/kuat dan teratur.
- 5) Pengaruh his
- a) *Cervix* menipis (*effacement*)
 - b) *Cervix* berdilatasi sehingga mengakibatkan janin turun



Gambar 2.1. Uterus dan His
(Sumber: Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL)

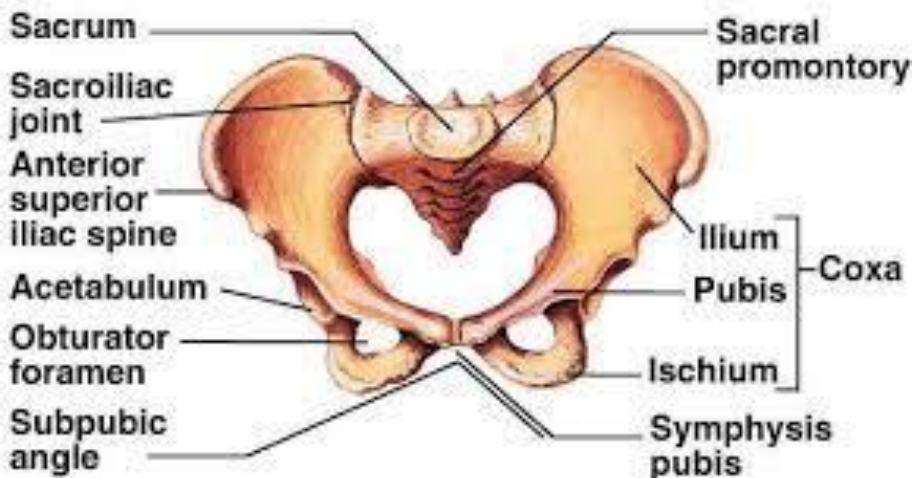
2.1.2 Tenaga mengejan

1. Setelah pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah tenaga yang mendorong anak keluar selain his, terutama disebabkan oleh kontraksi otot - otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intra abdominal.

2. Tenaga ini serupa dengan tenaga mengejan waktu kita buang air besar tapi jauh lebih kuat lagi.
3. Saat kepala sampai pada dasar panggul, timbul suatu *reflex* yang mengakibatkan ibu menutup glottisnya, mengkontraksikan otot - otot perutnya dan menekan diafragmanya ke bawah.
4. Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil, bila pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu ada his.
5. Tanpa tenaga mengejan ini anak tidak dapat lahir, misalnya pada penderita yang lumpuh otot - otot perutnya, persalinan harus dibantu dengan *forceps*
6. Tenaga mengejan ini juga melahirkan *placenta* setelah *placenta* lepas dari dinding rahim.

2.2 Passage (Panggul Ibu)

Passage adalah jalan lahir yang terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus. Psikis adalah perasaan positif ini berupa kelegaan hati, seolah - olah pada saat itulah benar - benar terjadi realitas “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anak. Penolong adalah Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin, dalam hal ini tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Jahriani, 2021).



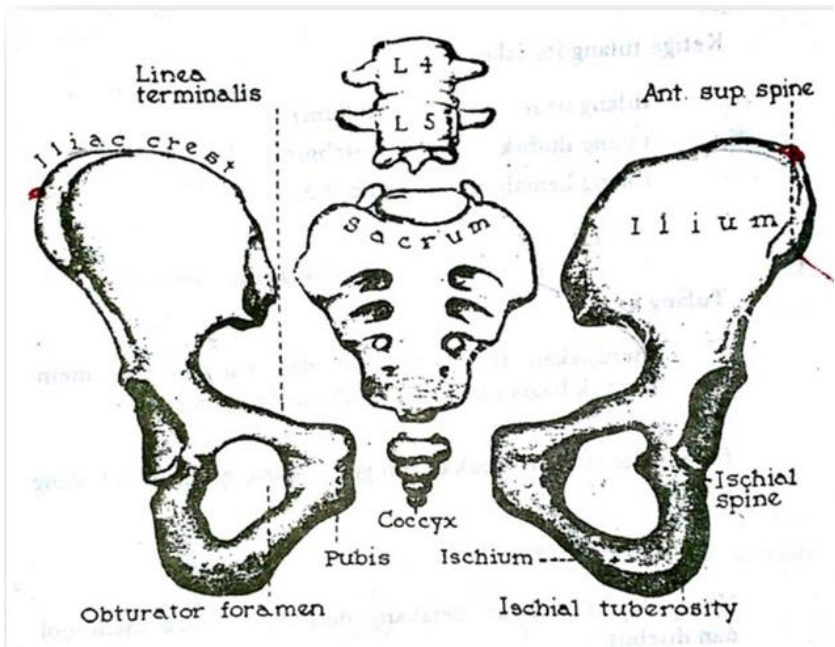
Gambar 2.2. Tulang Panggul

(Sumber: Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL)

Tulang tersebut diantarai oleh PAP menjadi 2 bagian (Kurniarum, 2016):

- a. *Pelvis mayor*, yaitu bagian atas panggul yang tidak ada kaitannya dengan persalinan.
- b. Pintu Atas Panggul : bagian depan pintu atas panggul, yaitu batas atas dari *pelvis minor* yang dibentuk oleh sisi atas tulang kemaluan. Bagian samping dibentuk oleh garis *iliopectenia*, yaitu sepanjang tulang *inominata*. Sisi belakangnya dibentuk oleh bagian depan pinggir atas tulang kelangkang dan tonjolan tulang *sacrum*.
- c. *True pelvis* bentuk yang mirip saluran yang melengkung ke depan. *Pelvis minor* terdiri atas: Pintu Atas Panggul (PAP) disebut *pelvic inlet*. Bidang tengah panggul terdiri dari bidang luas dan sempit dari panggul.
- d. Ruang panggul. Merupakan saluran yang memiliki dinding depan yang pendek dan dinding belakang lebih melengkung dan Panjang. Rongganya melekat pada

- bagian belakang tulang kemaluan, *ischium*, sebagian *ilium*, *sacrum* dan koksigeus.
- e. Pintu Bawah Panggul Yaitu batas bawah panggul sejati. Struktur ini berbentuk lonjong agak menyerupai intan, di bagian *depan* di batasi oleh cekungan pubis, di sisi samping oleh *tuberositas ischium*, dan bagian belakang oleh ujung koksigis



Gambar 2.3. Tulang Panggul
(Sumber: Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL)

Passage atau faktor jalan lahir di bagi atas yang keras: tulang - tulang panggul (rangka panggul) dan Bagian lunak: otot - otot, jaringan - jaringan dan *ligament-ligament*. (Kurniarum, 2016)

a. Bagian Keras (Tulang Panggul)

Panggul dibentuk oleh 4 buah tulang yaitu: 2 *os coxae* terdiri dari *os illium*, *os ischium* dan *os pubis*, 1 *os sacrum*, dan 1 *os cocygis*.

1) *Os Ilium*/Tulang Usus

Ukuran paling besar dibanding tulang lainnya. Sebagai batas dinding atas dan belakang panggul/*pelvis*. Bagian atas tulang usus menebal disebut *crista illiaca*. Bagian terdepan *Crista illiaca*, *Spina Illiaca Anterior Posterior (SIAS)* dan beberapa sentimeter di bawahnya menonjol *Spina Illiaca Anterior Inferior (SIAI)*. Bagian paling belakang dari *crista Illiaca anterior os ischium* terletak di bawah tulang *illium*, pada bagian *posterior superior (SIPI)*. Lengkungan di bawah SIPI dinamakan *incisura ischiadica mayor*. Pada sisi dalam *os ilium* merupakan batas antara panggul besar dan kecil dinamakan *incisura ischiadica mayor*. Pada bagian dalam tulang usus merupakan batas antara tulang panggul besar dan kecil dinamakan *linea innominata/linia terminalis*.

2) *Os Ischium* / Tulang Duduk;

Posisi *os ischium* berada di bagian bawah *os illium*, pada bagian belakang terdapat tonjolan duri dinamakan *spina ischiadica*. Lengkung di bawah *spina ischiadica* dinamakan *incisura ischiadica minor*, pada bagian bawah menebal, sebagai penopang tubuh saat duduk dinamakan *tuber ischiadicum*.

3) *Os Pubis* / Tulang Kemaluan

Membentuk suatu lubang dengan *os ischium* yaitu *foramen obturatorium*. Di atas *foramen obturatorium* di batasi oleh sebuah tangkai dari *os pubis* yang menyatu dengan *os ischium* dinamakan

ramus superior ossis pubis. Pada *ramus superior ossis pubis* kanan dan kiri terdapat tulang yang dinamakan *pectin ossis pubis*. Kedua *ramus inferior ossis pubis* membentuk sudut yang disebut *arcus pubis*. Pada pinggul wanita normal sudutnya sekitar dari 90 derajat. Pada bagian atas os pubis terdapat tonjolan yang disebut *tuberculum pubic*

4) *Os Sacrum*/Tulang Kelangkang

Bentuknya segitiga, dengan dasar ssegitiga di atas dan puncak segitiga pada ujung di bawah: terdiri 5 ruas yang bersatu, letaknya diantara os *coxae* dan merupakan dinding belakang panggul. Permukaan belakang pada bagian tengah terdapat tonjolan duri dinamakan *crista sacralis*. Permukaan depan membentuk cekungan disebut *aarcuss sacralis* yang melebar luas ppanggul kecil /*pelvis minor*. Dengan lumbal ke - 5 terdapat articulatio lumbosacralis. Bagian depan paling atas dari tulang ppsacrum dinamakan *ppromontorium*, dimana bagian ini bila dapat teraba pada waktu pemeriksaan dalam, berarti ada kesempitan ppanggul.

5) *Os Coccygis*/Tulang Ekor

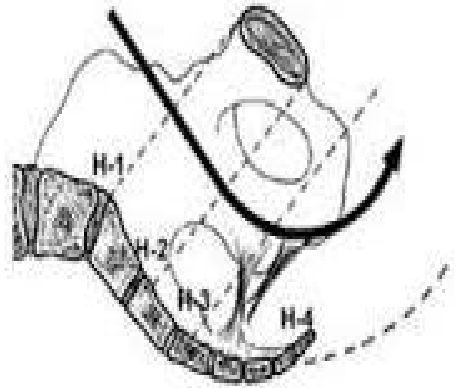
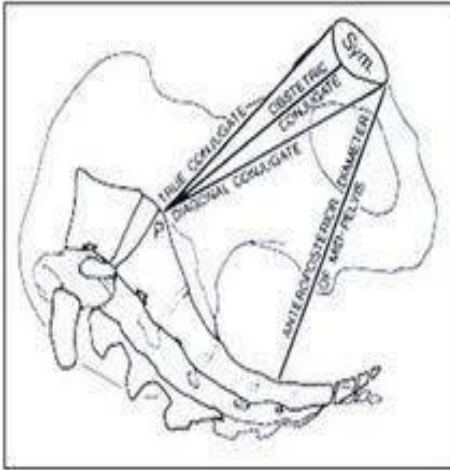
Dibentuk oleh 3 - 5 ruas tulang yang saling terkait dan berpadu dengan bentuk ssegitiga. Pada kehamilan tahap akhir koksigeum dapat bergerak (kecuali jika struktur tersebut patah). Perhubungan tulang - tulang panggul: di depan panggul terdapat hubungan antara ke dua os *pubis* kanan dan kiri disebut simpisis pubis. Di belakang terdapat *artikulatio sacro - iliaca* yang menghubungkan os *sacrum* dan os *illium*. Di bagian bawah panggul terdapat *articulatio sacro coccygea* yang menghubungkan os *sacrum* dengan os *coccygis*.

6) Bidang *Hodgee*

Bidang *hhodge* adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam /*Vagina Toucher* (VT).

Adapun bidang *hhodge* sebagai berikut:

- a) *Hodgeee* I: Bidang yang setinggi Pintu Atas Panggul (PAP) yang dibentuk oleh *promontorium*, *articulatio sacro illiaca*, sayap *sacrum*, *linea inominata*, *ramus superior os pubis*, dan tepi atas *ssymfisis pubis*.
- b) *Hodge* II: Bidang setinggii pinggir bawah *symfisis pubis* berdekatan dengan PAP (*Hodge* I).
- c) *Hodge* III: Bidang setinggi *spina ischiadica* merapat dengan PAP (*Hodge* I)
- d) *Hodge* IV: Bidang setinggi ujungg *oss coccygess* berhimpit dengan PAP (*Hodge* II).



Gambar 2.4. Tulang Panggul Bidang Hodge
(Sumberr: Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL)

7) Ukurann Panggull

a) Panggul luar

- (1) Distansia *spinarum*: diameter antara dua spina illiaka *anterior superior* kanan dan kiri : 24 - 26 cm.
- (2) Distansia kristarum: diameter terbesar ke dua *crista illiaka* kanan dan kiri : 28 - 30 cm.
- (3) Distansia *boudeloque* atau konjugataa eksterna: diameter antara lumbal ke - 5 dengan tepi atas *symfisis* pubis 18 - 20 cm.
- (4) Ke tiga distansia ini diukur dengan jangka panggul.
- (5) Lingkaran panggul: jarak antara tepi atas *csymfisis* pubis ke pertengahan antara *trochanter* vdan spina gilliaka manterior

superiord kemudian ke lumbal ke - 5 kembali ke sisi sebelahnya sampaig kembali ke sisi atas ssymfisis pubis. Diukur dengan metlin, berukuran normal 80 – 90 cm.

b) Panggul Dalam

(1) Pintu atas panggul

(a) Konjugata *vera* atau *diameter antero posterior* (depan-belakang) yaitu diameter antara *promontorium* dan pinggir atas *symfisis* sebesar 11 cm. Cara pengukuran dengan periksa dalam akan memperoleh konjugata diagonalis yaitu jarak dari tepi bawah *symfisis pubis* ke *promontorium* (12,5 cm) dikurangi 1,5 - 2 cm.

(b) Konjugatan *obstetric* adalah jarak antara *promontorium* dengan pertengahan *symfisisr pubis*.

(c) Diameterl *transversa* (melintang), yaitu jarak terlebar antara ke 22 linnia inominatah sebesar 13 cm.

(d) Diameter *oblique* (miring): jarak antara artikulasioo sakro illiakaa dengan *tuberculumy ypubicum* sisih yang bersebelahan sebesarr 12 cm.

(2) Bidang tengah llpanggulc

(a) Bidang luas panggul, dibentuk dari titik tengah *symfisis* pertengahan *acetabulum* dan ruas *sacrum* /tulang kelangkang ke - 2 dan ke - 3. Merupakan bidang yang mempunyai ukuran paling besar, tidak menimbulkan masalah dalam mekanisme turunnya kepala. Diameter *antero*

posterior 12,75 cm, diameter *transfersaae* 12,5.

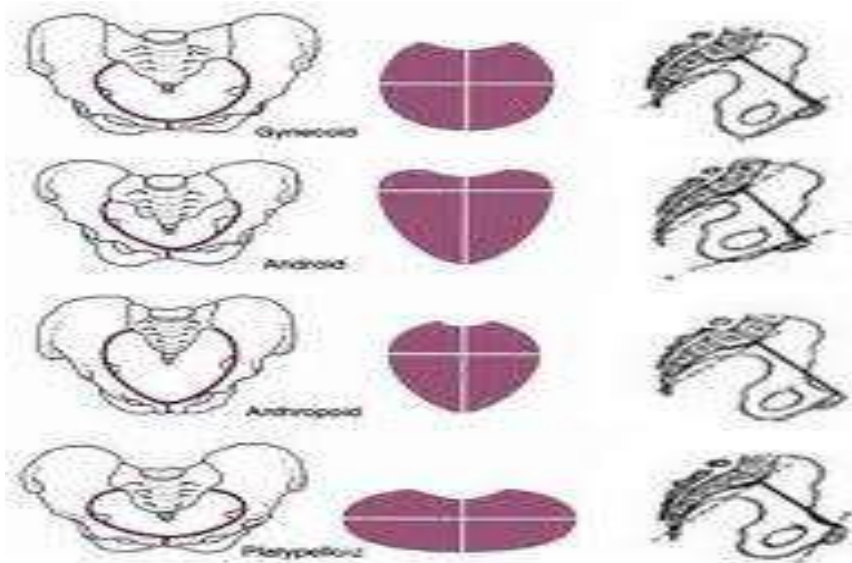
- (b) Bidang sempit panggul, merupakan bidang yang mempunyai ukuran kecil, terbentang dari ujung bawah *symfisis, spina ischiadicae* kanan dan kkiri, dan 1 - 2 cm dari ujung bawah *esacrum*. Garis tengah depan dan belakang 11,5 cm dan diameter transversa 10 cm.

(3) Pintu bawah panggul

- (a) Dibentuk dari duaa segitiga dengan dasar yang sama, yaitu diameter *tuberr ischiadicum*. Ujung segitiga belakangg pada ujung *os sacrum*, sedangkan ujung segitiga depann *arcus pubis*.
- (b) Diameter *antero - posterior* ukuran dari tepi bawah *symfisis* ke ujung *sacrum*: 11,5 cm.
- (c) Diametere *transfersa* : jarak antara tuber *ischiadicum* kanan dan kiri: 10,5 cm
- (d) Diameter *sagitalis posterior* yaitu ukuran dari ujung *sacrum* ke pertengahan ukuran *transversal*: 7,5 cm.

8) Jenis Dasar Panggul

- a) *Ginecoid* (tipe wanita klasik)
- b) *Android* (mirip panggul pria)
- c) *Anthropoid* (mirip panggul kera anthropoid)
- d) *Platipeloid* (panggul pipih)



Gambar 2.5. Tulang Panggul Bidang *Hodge*
(Sumber: Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL)

Tabel 2.2. Perbandingan Tipe Panggul

Bagian	<i>Ginekoid</i> (50% Wanita)	<i>Android</i> (23% Wanita)	<i>Antropoid</i> (24% Wanita)	<i>Platipeloid</i> (3% Wanita)
Pintu atas	Sedikit lonjong atau bagian kiri dan kanan bulat	Berbentuk hati dan bersudut	Oval <i>anteroposterior</i> Lebih lebar	<i>Anteroposterior</i> tipis, kanan - kiri melebar
Bentuk	Bulat	Hati	Oval	Pipih
Kedalaman	Sedang	Dalam	Dalam	Dangkal
Dinding tepi	Lurus	<i>Convergen</i>	Lurus	Lurus

Bagian	<i>Ginekoid</i> (50% Wanita)	<i>Android</i> (23% Wanita)	<i>Antropoid</i> (24% Wanita)	<i>Platipeloid</i> (3% Wanita)
Spina <i>ischiadica</i>	tumpul, agak jauh terpisah	Menonjol diameter <i>interspinosa</i> sempit	Menonjol, diameter <i>interspinosa</i> seringkali tidak begitu luas	Tumpul, terpisah Jauh
<i>Sacrum</i>	Dalam dan melengkung	Sedikit melengkung bagian ujung kadang bengkok	Sedikit melengkung	Sedikit melengkung
Lengkung subpubis	Lebar	Sempit	Sempit	Lebar
Model persalinan	Pervaginam spontan, posisi oksipito <i>anterior</i>	<i>Caesarea</i>	Spontan dengan posisi oksipito posterior atau anterior	Spontan

(Sumber: Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL)

b. Bagian Lunakk Panggul

- 1) Tersusun atas segmen bawah *uterus*, serviks uteri, vagina, otot dan *ligamentum* yang menutupi dinding dalam dan bawah panggul:
 - a) Bagian belakang panggul disatukan oleh jaringan ikat antara *os sacrum* dan *ilium* dinamakan *ligamentum sacroiliaca posterior*,

- bagian depan dinamakan *ligamentum qsacro illiaca anterior*.
- b) *Ligamentum* yang menyatukan *os sacro tuber os sacrum* dan *spinae ischium* dinamakan *ligamentum sacro spinosum*.
 - c) *Ligamentum* antara *os sacrum* dan *os tuber ischiadicum* dinamakan *ligamentum sacro tuberosum*.
 - d) Pada bagian bawah sebagai dasar panggul. *Diafragma pelvis* terdiri dari otot disebut *musculus levator ani*.
 - e) Bagian *membrane* disebut diafragma urogenetal.
 - f) *Musculus leevator ani* menutupi *rectum*, terdiri atas musculus *pubococcygeal*,
 - g) *Musculus iliococcygeus* dan mmusculus *Ischio coccygis*.
 - h) Ditengah dari musculus *pubococcygeus* kanan dan kiri ada hiatus urogenetalis yang merupakan celah berbentuk segitiga. Pada Wanita sekat ini dibatasi sekat yang menyelubungi pintu bawah panggul sebelah depan dan merupakan tempat muara *urethra* dan vagina.
 - i) Fungsi diafragma pelvis adalah untuk menjaga agar genetalia interna tetap pada tempatnya. Bila musculus iini menurun fungsinya, maka akan terjadi prolapsus atau turunnya organ genetalia interna.

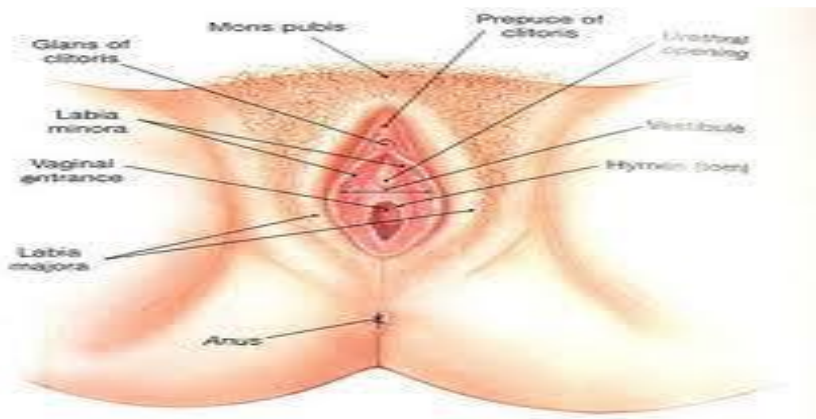
[illegible]

(Sumber: Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL)

(Sumber: Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL)

Organ yang menutupi pintu bawah opanggul, terdiri dari:

- Regioo analis, sebelahh bbelakang. *Spincterr* ani *externa* yaitu muskulus yang mengelilingii aanus.
- Regiof urogenetaliss terdiri atas muskulus bulboo *cavernossus*, *iischiocavernosus* dan transversus *perinei superficialis*.



Gambar 2.7. Perineum

(Sumber: Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL)

2.3 *Passanger*

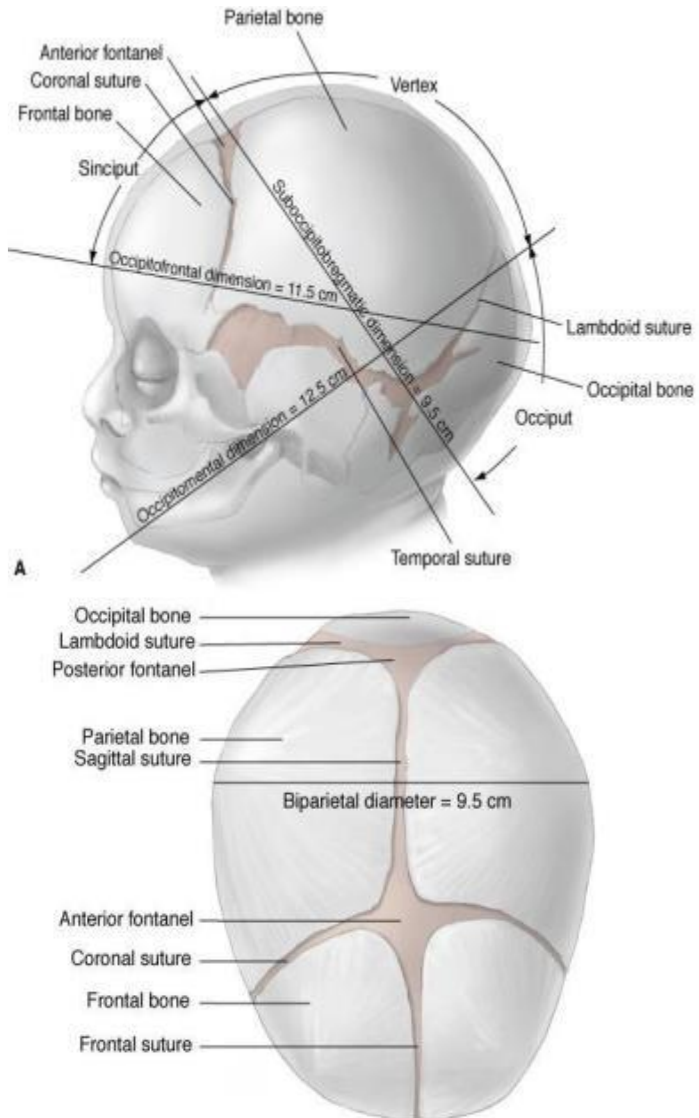
Passanger adalah cara penumpang atau janin bergerak di sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. (Jahriani, 2021)

Pada faktor *passanger*, ada beberapa faktor yang mempengaruhi yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melalui *vaginae*, maka ia dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin (Yulizawati *et al.*, 2019).

a. Janin

Janin merupakan *passanger* utama dan dapat mempengaruhi jalannya persalinan, bagian janin yang paling penting adalah kepala, karena mempunyai ukuran yang paling besar, 90% bayi di Indonesia lahir dengan letak kepala

1) Janin (Kepala Janin)



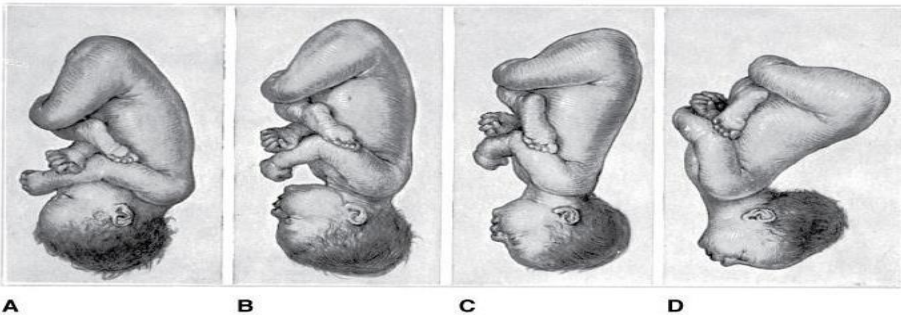
Gambar 2.8. Perineum
(Sumber: Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL)

2) Presentasi janin:

- a) Presentasi Janin bagian yang pertama kali memasuki PAP dan terus melalui vagina saat persalinan mencapai usia cukup bulan
- b) Bagian presentasi: bagian tubuh janin yang pertama kali teraba oleh jari pemeriksa saat melakukan pemeriksaan VT
- c) Bagian presentasi: kepala, bokong, bahu, muka.

3) Presentasi kepala

Presentasi janin yang normal adalah presentasi kepala, sebab kepala-lah bagian terbesar dan terkeras dari janin, sehingga semestinya keluar lebih dulu untuk memudahkan proses pengeluaran bagian janin lainnya.



Gambar 2.9. Perineum

(Sumber: Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL)

Keterangan :

- A. Presentasi Belakang Kepala (Penunjuk ubun-ubun kecil di segmen depan)
- B. Presentasi Puncak Kepala (Kepala dalam posisi defleksi ringan dengan penunjuk ubun-ubun besar)
- C. Presentasi Dahi (Kepala dalam posisi defleksi sedang dengan penunjuk dahi atau frontum)

- D. Presentasi Muka (Kepala dalam posisi defleksi maksimal dengan penunjuk dagu atau mentum)
- 4) Posisi Janin
- Terdapat 4 macam posisi janin dalam kandungan.
- a) Posisi *Anterior*
- Posisi ini adalah posisi yang ideal dan paling aman untuk melakukan persalinan normal. Bagian depan kepala janin disebut anterior dan bagian belakang adalah bagian *posterior*. Pada posisi *anterior*, kepala janin akan berada di bagian bawah dekat panggul, dengan wajah menghadap punggung ibu. Bagian kepala yang menekan leher rahim akan membantu membuka jalan lahir saat persalinan. Sebagian besar janin umumnya menetap dalam posisi ini selama sekitar 33 hingga 36 minggu, terdapat dua jenis posisi *anterior*, yaitu posisi janin di kiri (*left occiput anterior*) dan posisi janin di kanan (*right occiput anterior*). Posisi anterior di kiri adalah posisi paling umum dalam persalinan. Dalam posisi ini, kepala bayi sedikit tidak berada di tengah panggul dengan bagian belakang kepala mengarah ke paha kiri ibu. Sebaliknya, pada posisi *anterior* di kanan, bagian belakang kepala akan mengarah ke paha kanan ibu.
- b) Posisi *Posterior*
- Pada posisi *posterior*, kepala janin menghadap ke bawah, tetapi wajahnya akan berhadapan dengan perut ibu dan bukan punggung. Ini juga biasa disebut dengan posisi oksiput-*posterior*. Saat persalinan, sekitar sepersepuluh hingga sepertiga bayi berada dalam posisi ini. Bayi yang lahir dalam posisi ini seringkali memerlukan waktu

persalinan yang lebih lama dan sakit punggung yang lebih parah. Sama seperti posisi *anterior*, posisi posterior juga memiliki dua jenis posisi. Pada posisi janin di kiri (*left occiput posterior*), wajah bayi menghadap ke depan sebelah kiri (mengarah ke paha kanan ibu). Sedangkan, pada posisi janin di kanan (*right occiput posterior*) wajah bayi akan menghadap ke depan sebelah kanan (menghadap paha kiri ibu).

c) Posisi Melintang (transverse)

Posisi janin berbaring horizontal di dalam kandungan dikenal juga dengan posisi transverse atau melintang. Posisi ini sangat jarang terjadi saat persalinan, karena sebagian besar bayi akan menghadapkan kepala ke jalan lahir sebelum jatuh tempo persalinan. Jika posisi ini tidak berubah hingga waktunya melahirkan, maka operasi caesar akan dibutuhkan agar bayi dapat keluar dengan selamat.

d) Posisi Sungsang

Saat kepala janin tetap di atas alih-alih menghadap jalan lahir, posisi ini disebut dengan posisi sungsang. Posisi sungsang memiliki 3 variasi, yakni:

- (1) Sungsang Total. Bokong bayi mengarah ke jalan lahir dengan kaki terlipat di lutut. Kaki berada di dekat bokong
- (2) Frank Sungsang. Bokong bayi mengarah ke jalan lahir, tetapi kedua kakinya lurus di depan tubuhnya dan dekat dengan kepala.
- (3) Sungsang Pijakan. Salah satu atau kedua kaki bayi mengarah ke bawah menuju jalan lahir.

Pada persalinan sungsang, bayi akan lebih sulit untuk lahir karena kepala bayi merupakan bagian terakhir yang keluar dari vagina. Risiko komplikasi persalinan juga semakin tinggi, karena meningkatkan risiko terbentuknya lingkaran di tali pusar yang dapat menyebabkan cedera pada bayi

b. Plasenta

Plasenta: adalah produk kehamilan yang akan lahir mengiringi kelahiran janin, yang berbentuk bundar atau oval, ukuran diameter 15- 20 cm, tebal 2-3 cm, berat plasenta 500 - 600 gram. Letak plasenta yang normal: pada korpus *uteri* bagian depan atau bagian belakang agak ke arah *fundus uteri*. Bagian plasenta: permukaan maternal, permukaan fetal, selaput ketuban, tali pusat.

1. Fungsi Plasenta

Plasenta memiliki banyak fungsi, antara lain:

a) Nutrisi

Janin membutuhkan nutrisi untuk proses tumbuh kembang di dalam rahim, saat di dalam rahim, janin belum melakukan metabolisme dengan sendirinya sehingga membutuhkan plasenta untuk melakukan transfer aktif dari ibu, plasenta ini mampu memecah nutrisi kompleks menjadi senyawa yang lebih sederhana dan dapat digunakan oleh janin. Nutrisi yang dialirkan melalui plasenta yaitu karbohidrat, protein, kalsium, fosfor, besi, mineral, air, vitamin, dan lemak.

b) Respirasi

Peran plasenta pada fungsi respirasi adalah, pada saat oksihemoglobin ibu mengalami disosiasi di ruang antarvilus O₂ berpindah melalui dinding vilus tempat zat ini berikatan dengan hemoglobin janin yang kemudian membentuk oksihemoglobin janin. Pemindahan ditingkatkan oleh afinitas hemoglobin janin terhadap O₂ yang lebih besar. Kadar CO₂ yang lebih rendah mempermudah perpindahan CO₂ dalam darah berlawanan pada kehamilan

c) Penyimpanan

Plasenta dapat menyimpan cadangan makanan seperti *glicogen* dan vitamin yang larut dalam lemak, glikogen ini kemudian akan diubah menjadi glukosa kembali apabila diperlukan oleh janin.

d) Ekskresi

Zat yang dikeluarkan janin yaitu karbondioksida, *billirubin*, urea, dan asam urat, namun jumlah urea dan asam urat yang dikeluarkan relative sedikit.

e) Perlindungan

Plasenta memberikan perlindungan kepada janin terhadap sesuatu yang dapat membahayakan pertumbuhan dan perkembangan janin misalnya bakteri, virus, dan obat-obatan yang dikonsumsi ibu. Trofoblas memiliki sifat imunologis unik yang menyebabkan inert secara imunologis sehingga tidak terjadi respon antigenik pada ibu. Uman tidak dapat melewati plasenta kecuali bakteri dari *trichomonas pallidum*, *neisseria gonorrhoea* dan *basillus turbekul* sehingga ibu yang terkena sifilis dan

gonorrhea bayi yang dilahirkan akan mengalami bintik bintik merah dan ceroftalmia. Virus dengan bebas dapat menembus plasenta sehingga dapat menyebabkan kelainan congenital pada janin, contohnya yaitu, rubella.

f) Endokrin

Pada awalnya, trofoblas menghasilkan hCG, yang memertahankan *corpus luteum* dan produksi hormon steroidnya. Dari bulan ke - 3 dan selanjutnya, plasenta menghasilkan estrogen dan progesterone yang jumlahnya besar. HPL diproduksi oleh sinsiotrofoblas. Selain itu plasenta juga menghasilkan hormone lain, termasuk kortikosteroid, ACTH, TSH, IGFs, prolaktin, relaksin, endotelin, dan prostaglandin. Jika hormone HCG mengalami penurunan maka hormone HPL akan meningkat. Fungsi hormon HPL diduga berhubungan dengan dengan metabolisme glukosa dan pertumbuhan.

2. Variasi anatomi plasenta :

a) Plasenta suksenturiata

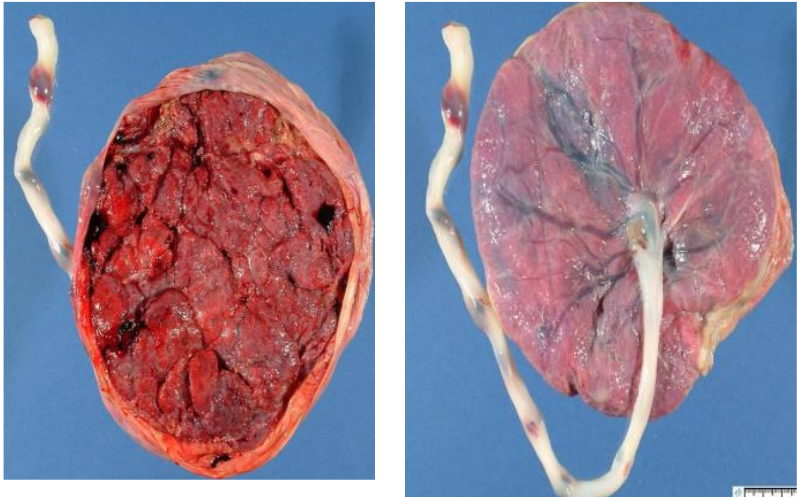
Suatu kelainan dimana plasenta memiliki lobus tambahan. Lobus tambahan ini bisa berjumlah 1 atau lebih dan meskipun lobus ini bisa terlihat terpisah dari plasenta utama, biasanya terdapat sambungan vaskular (pembuluh darah) dengan plasenta utama

b) Plasenta sirkumvalata (lateralis)

Plasenta yang pada permukaan fetalis dekat pinggir terdapat cincin putih. Cincin ini menandakan pinggir plasenta, sedangkan jaringan di sebelah luarnya terdiri dari villi yang tumbuh ke samping di bawah desidua.

- c) Insersi *battledore* tali pusat (marginalis)
Insersi battledore merupakan kelainan tali pusat dimana insersi tali pusat tertanam pada tepi plasenta yang cenderung bersifat rapuh sehingga mudah terlepas. Sebenarnya insersi battledore tidak berbahaya, namun ketika insersi tali pusat rapuh maka dapat mengancam janin. Fungsi tali pusat pada janin sebagai penyalur nutrisi dari Ibu ke janin, serta membawa kebutuhan oksigen serta sebagai saluran pembuangan dari janin. Ketika terjadi kerapuhan pada janin, dan mudah terlepas maka kondisi suplai ke janin tidak terpenuhi sehingga membahayakan nyawa janin. Gejala yang terjadi adalah peningkatan denyut jantung janin lalu melemah dan akhirnya janin meninggal. Oleh karenanya diperlukan penanganan segera dalam proses melahirkan bayi, agar bayi dapat segera bernapas dan memperoleh oksigen langsung dari dunia luar (mengakhiri kehamilan).
- d) Insersi *velamentosa*
Merupakan salah satu kelainan tertanamnya tali pusat pada plasenta. Pada kondisi ini terjadi hubungan antara tali pusat dengan plasenta melalui selaput janin. Kelainan ini terjadi biasanya pada kehamilan ganda (kembar). Pada insersio ini, tali pusat dihungkan ke plasenta melalui pembuluh - pembuluh darah di dalam selaput janin. Namun pada insersio velamentosa dapat terjadi vasa previa, dimana pembuluh darah tersebut berjalan disekitar *ostium uteri* (jalan lahir). Namun hal ini dapat menjadi berbahaya ketika pada proses persalinan dapat terjadi perdarahan karena saat ketuban pecah, pembuluh

darah ikut robek dan terjadilah perdarahan sebelum kehamilan.



Gambar 2.10. Plasenta
(Sumber: Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL)

c. Air Ketuban

Volume air ketuban pada kehamilan cukup bulan sekitar 1000-1500 cc. Ciri-ciri air ketuban: berwarna putih keruh, berbau amis dan berasa manis, reaksinya agak alkalis dan netral, dengan berat jenis 1,008. Komposisi: terdiri dari 98% air, sisanya albumin, urea, asam *uric*, kreatinin, sel – sel epitel, rambut lanugo, verniks *caseosa*, dan garam organik. Kadar protein kira – kira 2,6% gram per liter, terutama albumin. Pada persalinan: selama selaput ketuban tetap utuh, cairan amnion melindungi ari-ari dan tali pusat dari tekanan saat kontraksi *uterus*. Cairan ketuban juga membantu penipisan dan pelebaran pembukaan *cervix*.

Fungsi Air Ketuban bagi Janin

Berikut ini adalah beberapa fungsi air ketuban bagi bayi yang ada di dalam kandungan:

1) Melindungi janin dari benturan

Melindungi janin terhadap benturan dan tekanan dari luar. Misalnya, ketika ibu hamil jatuh atau perutnya terbentur.

2) Memberi ruang gerak

Air ketuban juga berfungsi memberikan janin untuk bebas bergerak. Selain itu, air ketuban juga dapat menjaga agar tali pusar tidak terjepit di antara janin dan dinding rahim.

3) Mencegah infeksi

Air ketuban berfungsi mencegah infeksi pada janin. Kandungan pembentuk daya tahan tubuh di dalam air ketuban bertugas melawan infeksi yang masuk.

4) Memberikan kenyamanan pada janin

Air ketuban memastikan agar kondisi rahim tetap hangat dan nyaman untuk janin. Suhu air ketuban biasanya sedikit lebih hangat daripada tubuh ibu, yakni sekitar 37,5°C.

5) Mendukung perkembangan paru-paru

Janin tidak bernapas dengan cara menghirup, melainkan menelan air ketuban. Aktivitas ini dimulai saat kandungannya berusia 10–11 minggu. Pada usia kehamilan 32 minggu, janin mulai berlatih bernapas dengan mengembang-kempiskan paru-paru. Paru-paru bayi dianggap sudah matang pada usia kehamilan 36 minggu.

6) Mendukung perkembangan sistem pencernaan

Janin belajar menelan dengan meminum air ketuban. Air tersebut nantinya akan dikeluarkan sebagai urine, untuk menjaga kestabilan jumlah air ketuban. Janin yang kesulitan menelan air ketuban akan mengakibatkan

Polihidramnion. Hal ini mengindikasikan adanya kelainan pencernaan pada janin.

7) **Mendukung perkembangan otot dan tulang**

Kantung ketuban menyediakan ruang untuk janin bergerak. Pergerakan janin ini dapat mendukung perkembangan otot dan tulangnya.

2.4 Psikis

Melahirkan bayi merupakan peristiwa penting bagi kehidupan seorang ibu dan keluarganya. Banyak ibu mengalami psikis (gangguan kecemasan) dalam menghadapi persalinannya, hal ini perlu diperhatikan oleh bidan yang akan menolong persalinan. Perasaan was - was, khawatir akan mempengaruhi hormon stress yang mengakibatkan komplikasi persalinan. Tetapi sampai saat ini hampir tidak ada catatan yang menyebutkan mengenai hormon stress terhadap fungsi *uteri*, juga tidak ada catatan mengenai hubungan antara kecemasan ibu, pengaruh lingkungan, hormon stress dan komplikasi persalinan.

Namun demikian seseorang bidan yang menolong persalinan wajib memperhatikan keadaan psikologis pasien yang akan melahirkan karena keadaan psikologis mempunyai pengaruh terhadap persalinan dan kelahiran. Banyak ibu mengalami kecemasan, keadaan emosional dalam menghadapi persalinan, hal ini perlu diperhatikan oleh seseorang yang akan menolong persalinan.

Perasaan cemas, khawatir akan mempengaruhi hormone stress yang akan mengakibatkan komplikasi persalinan. Tetapi sampai saat ini hampir tidak ada catatan yang menyebutkan mengenai hormon stresor terhadap fungsi *uteri*, juga tidak ada catatan mengenai hubungan antara kecemasan ibu, pengaruh lingkungan, hormon stress dan komplikasi persalinan.

2.5 Penolong

Penolong persalinan perlu kesiapan, dan menerapkan asuhan sayang ibu. Asuhan sayang ibu adalah upaya yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar Gerakan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan suami dan keluarga selama masa persalinan dan kelahiran bayi. Banyak penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan tindakan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik. Disebutkan pula bahwa hal tersebut di atas dapat mengurangi terjadinya persalinan dengan vakum, *cunam*, dan seksio sesar, dan persalinan berlangsung lebih cepat. Prinsip umum dari asuhan sayang ibu yang harus diikuti oleh bidan adalah:

- a. Rawat Ibu dengan penuh hormat.
- b. Mendengarkan dengan penuh perhatian apa yang dikatakan ibu. Hormati pengetahuan dan pemahaman mengenai tubuhnya. Ingat bahwa mendengar sama pentingnya dengan memberikan nasihat.
- c. Menghargai hak-hak ibu dan memberikan asuhan yang bermutu serta sopan.
- d. Memperhatikan privasi.
- e. Menjelaskan apa yang akan dikerjakan sebelum melakukannya serta meminta izin dahulu.
- f. Mendiskusikan temuan kepada ibu, serta kepada siapa saja yang ia inginkan untuk berbagi informasi ini.
- g. Selalu mendiskusikan rencana dan intervensi serta pilihan yang sesuai dan tersedia bersama ibu.
- h. Mengizinkan ibu untuk memilih siapa yang akan menemaninya selama persalinan, kelahiran dan *pasca* salin.

- i. Mengizinkan ibu menggunakan posisi apa saja yang diinginkan selama persalinan dan kelahiran.
- j. Menghindari penggunaan suatu tindakan medis yang tidak perlu (*episiotomy*, pencukuran dan enema).
- k. Memfasilitasi hubungan dini antara ibu dan bayi baru lahir (*Bounding and attachment*).

DAFTAR PUSTAKA

- Jahriani, N. 2021. 'Faktor Persalinan', *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan Normal Di Klinik Harapan Bunda*, 5(1), pp. 1–7.
- Jenny. J.,S., S. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL*. Edited by Carolina Sally. Jakarta: Erlangga.
- Kurniarum, A. 2016. *ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR*. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan. Available at: <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>.
- Yulizawati *et al.* 2019. *Buku Asuhan Kelahiran, Indomedika Pustaka*.

BAB 3

PERUBAHAN FISIOLOGIS DAN PSIKOLOGIS IBU DALAM MASA PERSALINAN

Oleh Nurhayati

3.1 Pendahuluan

Anatomi dan fisiologi dari sistem reproduksi wanita dan perubahan selama masa persalinan dan kelahiran pada wanita dan janin. Perubahan Rahim yang berlanjut dari penghambatan kontraksi selama kehamilan terkait uteropin aktivasi terkait uterotropin dan stimulasi terkait uterotronin selama persalinan laten. (King.L.tekoa *et al.*, 2018)

Uterotropin seperti estrogen dan progesteron adalah hormon yang menyebabkan efek pada rahim dan uterotronin seperti prostaglandin dan oksitosin menginduksi kontraksi uterus. Hubungan anatomi antara janin dan panggul ibu selama persalinan dan kelahiran telah dikonseptualisasikan yang mempengaruhi tenaga (uterus), penumpang (janin), dan bagian panggul(King.L.tekoa *et al.*, 2018).

Proses persalinan dan kelahiran melibatkan proses fisiologis normal yang paling baik didukung melalui intervensi yang terbatas. Selama persalinan dan kelahiran, intervensi berpotensi mengganggu kompleks regulasi hormonal, intervensi selama persalinan dengan pemberian oksitosin sintetik, ketuban pecah sebelum persalinan dan detak jantung janin elektronik terus dipantau mungkin memiliki risiko yang tidak di inginkan dan mengganggu proses fisiologis dalam risiko rendah.

Perubahan psikologis dalam masa persalinan akan berdampak buruk bagi wanita jika tidak mendapatkan penanganan secara baik. Kesejahteraan emosional wanita dalam proses persalinan dan kelahiran, bagaimana cara mengatasi seperti menangis, ketidakmampuan fokus, panik, meronta-ronta ditempat tidur, berkeringat, mencakar, menggigit dan lain-lain. Tergantung bagaimana pengamatan dan tindak lanjut penanganannya.

Sebelum melahirkan sebaiknya dilakukan deteksi untuk menilai kondisi emosional untuk menilai adanya gangguan psikososial dan masalah Kesehatan mental yang mungkin menjadi masalah selama persalinan.

3.2 Perubahan Fisiologis Dalam Masa Persalinan

3.2.1 Perubahan pada uterus

Kontraksi otot polos uterus merupakan fenomena unik persalinan. Miosit uterus adalah jenis sel otot polos yang dapat dirangsang yang memiliki kemampuan kontraktil. Pemicu kontraksi miosit uterus meliputi peregangan mekanis (miogenik) dan pengikatan reseptor hormone. Prostaglandin yang diproduksi oleh miosit teraktivasi bekerja secara parakrin, merangsang miosit terdekat untuk mendepolarisasi dalam gelombang kontraksi, dengan potensi aksi yang disebarkan ke miosit yang berdekatan melalui gap junction antara kelompok otot. Kontraksi otot polos uterus bersifat intermiten, yang memungkinkan terjadinya reperfusi dari otot Rahim, plasenta dan janin diantara kontraksi. Setiap kontraksi meningkat intensitasnya, mencapai puncaknya, dan kemudian menurun intensitasnya hingga otot Kembali keadaan relaksasi, yang berlanjut hingga kontraksi berikutnya dimulai. Pola ini disebut fase peningkatan, puncak, dan penurunan kontraksi. Otot polos (myometrium) didalam Rahim secara anatomis berbeda dengan jenis otot lainnya otot polos. Terletak diantara desidua dan

perimetrium, myometrium terdiri dari empat lapisan otot, yang masing-masing menghasilkan respons berbeda terhadap zat yang mendorong atau menghambat kontraksi. Lapisan otot melingkar bagian dalam berjalan tegak lurus dengan sumbu panjang rahim secara spiral, sedangkan dua jalur lapisan luar berjalan sejajar dengan sumbu ini. Lapisan tengah memiliki pembuluh darah yang mengalir diseluruh serat interlacing. Miosit uterus diatur dalam satu bundel, berkontraksi pada pembentukan ketegangan dibawah stimulasi local oleh hormon uterotonika(Tillett, 2000).

3.2.2 Faal ligamentum rotundum

Ligamentum rotundum mengandung otot-otot polos dan jika uterus berkontraksi, otot-otot ligamentum rotundum ikut berkontraksi hingga ligamentum rotundum menjadi lebih pendek.

3.2.3 Perubahan pada servixs

Perubahan serviks selama kehamilan, persalinan dan kelahiran, diketahui bahwa serviks mengalami empat fase remodeling selama kehamilan, persalinan, dan kelahiran. Perubahan jaringan ikat serviks merupakan pusat dari remodeling yang signifikan mencirikan tahap ketiga pematangan serviks yang terjadi sebelum dan selama persalinan. Penataan ulang kolagen adalah perubahan utama yang menyebabkan pematangan serviks, dengan penataan kembali serat elastin dan otot polos memainkan peran yang lebih kecil dalam proses tersebut. Perubahan anatomi yang dimodulasikan oleh pengaruh inflamasi dan hormonal disertai dengan peningkatan kadar air pada pelunakan serviks, menyiapkan tahap untuk penipisan dan pelebaran penuh yang mendahului kelahiran selama persalinan aktif.(F. Gary

Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Jodi S. Dashe, Catherine Y. Spong, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, 2020)

Pemicu yang menyebabkan perubahan serviks adalah peningkatan peradangan, oksitosin dan aktivitas prostaglandin. Pematangan dan pelunakan serviks yang penting untuk penipisan dan pelebaran, mencerminkan peningkatan kerusakan kolagen dan remodeling elastin yang dimediasi oleh metalloproteinase(enzim yang memecah ikatan peptida) yang sebelumnya dihambat oleh progesterone selama uterus relaks. Pada akhir kehamilan dan selama persalinan, peningkatan kadar air yang menciptakan konsistensi yang lebih lembut, juga terkait dengan pemisahan fibril kolagen yang didorong oleh dekorin proteoglikan dan penurunan kadar fibronectin. Perubahan ini dievaluasi secara klinis dalam sentimeter panjang sebenarnya atau persentase dari Panjang asli, dimana tidak ada penipisan digambarkan sebagai 0% dan penipisan lengkap digambarkan sebagai 100%

Pematangan serviks dimulai berminggu-minggu atau berhari-hari sebelum persalinan. Sebelum kontraksi dimulai serviks mengalami pematangan dan serviks mulai membuka dari respon kontraksi(F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Jodi S. Dashe, Catherine Y. Spong, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, 2020)

3.2.4 Perubahan pada vagina dan dasar panggul

Presentasi dan posisi janin dilakukan selama pemeriksaan vagina setelah serviks cukup melebar untuk merasakan bagian presentasi janin. Garis dan fontanel janin, atau bagian dari wajah janin, bokong, genitalia eksterna, atau ekstremitas janin (tangan atau kaki), dipalpasi presentasi vertex *cephalic* sejauh ini adalah yang paling umum, sehingga dengan dasar tengkorak janin sangat penting untuk memantau kemajuan persalinan. Posisi janin pada presentasi vertex

ditentukan secara vaginal dengan meraba ubun-ubun anterior atau posterior (bentuk ubun-ubun dan arah sutura yang mengarah ke ubun-ubun) dan mengidentifikasi ubun-ubun mana yang berada disisi dan bagian panggul ibu yang mana. Saat mengidentifikasi bagian-bagian tengkorak janin, mulailah dengan menemukan sutura sagital, yang membentang langsung antara ubun-ubun anterior di satu ujung dan ubun-ubun posterior di ujung lainnya. Saat janin melewati panggul ibu, pengukuran tambahan yang menggambarkan hubungan janin dengan panggul selama persalinan dicatat dan didokumentasikan dalam catatan Kesehatan, termasuk station, sinklitis, asinklitis, caput succedaneum, dan moulding.

3.2.5 Perubahan Kardiovaskular

Plasenta maternal adalah kompartemen bertekanan rendah, bervolume tinggi, dan volume darah harus mengembang selama kehamilan untuk mengakomodasi ruang ini. Peningkatan volume darah ibu mencapai puncaknya sekitar 40% dibandingkan dengan volume darah tidak hamil pada awal trimester ke tiga dan disertai dengan peningkatan curah jantung dan volume sekuncup ventrikel kiri. Kapasitas pembawa oksigen ditambah oleh peningkatan serupa dalam produksi sel darah merah sehingga memaksimalkan pengiriman oksigen ke sistem vascular ibu dipicu oleh vasolidatasi yang dimediasi oksida nitrat dan penurunan tonus dan resistensi vascular yang dimediasi progesterone, sehingga memungkinkan wanita untuk mengakomodasi peningkatan volume darah dan kebutuhan perfusi ibu-plasenta-janin. Peningkatan volume plasma dan penurunan viskositas menurunkan resistensi terhadap aliran fetomena yang selanjutnya terjadi penurunan resistensi vascular, hasilnya adalah perkembangan shunt arteriovenosa fisiologis yang meningkatkan akomodasi peningkatan volume darah dan curah jantung. Selama persalinan dan kelahiran,

terjadi adaptasi hematologi yang ditandai dan cepat sekunder akibat kontraksi uterus, nyeri, pengerahan tenaga, hilangnya kampartemen plasenta saat lahir, dan involusi uterus.

3.3 Perubahan Psikologis Dalam Masa Persalinan

Melahirkan adalah pengalaman psikologis yang terjadi pada fisik, psikologis, sosial yang memiliki dampak eksistensial baik jangka Panjang maupun jangka pendek.

Melahirkan adalah proses fisiologis dan pengalaman psikologis trasformatif yang menghasilkan pemberdayaan melalui dukungan fisik, emosional dan dukungan sosial pada wanita untuk meningkatkan keyakinan dan kemampuan untuk melahirkan.

3.3.1 Kenangan seumur hidup

Efek pengalaman melahirkan bisa hal yang positif dan negatif, tergantung dari latar belakang budaya. Berbagi pengalaman melahirkan dapat mengintegrasikan pengalaman secara fisik maupun emosional(Olza *et al.*, 2018).

3.3.2 Pengalaman melahirkan menyebabkan traumatis

Interaksi yang tidak baik selama proses persalinan dapat menyebabkan PTSD (postpartum traumatis stress disorder). (Tillett, 2000)

Trauma yang dialami individu selama proses persalinan sesuatu yang berbahaya secara fisik dan emosional atau mengancam kehidupan dan efek yang buruk bertahan lama pada fungsi individu dan mental, fisik, sosial dan kesejahteraan. Kecemasan dan ketakutan pada persalinan kala I, wanita yang mengalami trauma dimasa kanak-kanak atau dewasa awal, akan mengalami tingkat ketakutan atau kecemasan yang tinggi selama persalinan.(Van der Pijl *et al.*, 2021)

3.3.3 Nyeri dan respons psikobiologis dalam persalinan

Kesejahteraan ibu dalam persalinan dikaitkan dengan berbagai faktor diantaranya kelangsungan hidup yang sehat ibu dan bayi. Untuk mencapai hasil yang optimal selain keamanan, nyeri persalinan dan, ketakutan akan rasa sakit saat persalinan. Rasa sakit pada saat persalinan dapat menyebabkan kekhawatiran, perbedaan antara rasa sakit dan penderitaan sangat penting untuk pemahaman tentang emosi seorang wanita. Rasa sakit pada masa persalinan dapat didefinisikan sebagai rasa yang tidak menyenangkan sensasi tubuh, terkait kontraksi yang ingin dihindari atau ketidakmampuan mengatasi rasa sakit yang menjadi akar permasalahan. (Noviyanti and Jasmi, 2022)

Namun bukan rasa sakit itu yang membuat khawatir, tetapi bagaimana rasa sakit tersebut akan mempengaruhi perilaku mereka (kehilangan kendali, menangis, menggeliat, berjuang menunjukkan kelemahan, atau perilaku memalukan) yang dapat menyebabkan tekanan emosi emosional (bahkan gangguan stress pascatrauma) yang terkadang berlanjut lama setelah melahirkan. (Van der Pijl *et al.*, 2021)

Pengalaman wanita akan nyeri selama persalinan dan metode untuk meredakan nyeri persalinan dan dukungan selama persalinan secara fisik, tekanan mekanis pada struktur anatomi, kontraksi uterus, dan serviks. Perubahan adalah mediator fisiologis dan anatomis utama nyeri persalinan. Nyeri yang terkait dengan kontraksi dihantarkan dari reseptor nyeri (nosiseptor) ke neuron aferen tipe A delta dan C yang memanjang dari rahim ke sumsum tulang belakang dorsal. Neuron aferen memasuki sumsum tulang belakang melalui segmen 10-12 saraf tulang belakang toraks. Penurunan janin menginduksi tekanan mekanis pada dasar panggul, vagina, dan perineum selama kala dua persalinan, mediasi impuls nyeri sensorik melalui saraf pudenda ke saraf tulang belakang 2-4

sakral. Interpretasi nyeri dicapai Ketika impuls nyeri naik ke medulla spinal ke pusat otak. Pengalaman nyeri persalinan, bagaimanapun merupakan proses dinamis yang kompleks yang dipengaruhi oleh beberapa faktor. Misalnya kecemasan dan ketakutan akan persalinan tampaknya meningkatnya nyeri persalinan.

Pengalaman persalinan traumatis sebelumnya, gangguan stress pasca-trauma, Riwayat pelecehan seksual atau lainnya, atau ingatan tidak menyenangkan juga dapat memperburuk persepsi nyeri selama persalinan(Tillett, 2000)

DAFTAR PUSTAKA

- F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Jodi S. Dashe, Catherine Y. Spong, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, C.Y.S. 2020. *Williams Obstetri*. 26th edn.
- King.L.tekoa *et al.* 2018. *Varney Midwefery*. 6th edn, *Jones and Bartlett learning*. 6th edn. Burlington: Janet and bartlett learning.
- Noviyanti, A. and Jasmi, J. 2022. 'Faktor Fisik dan Psikologis Ibu Bersalin dengan Intensitas Nyeri Persalinan Kala I pada Ibu Primipara', *Jurnal Kesehatan*, 13(3), p. 437. Available at: <https://doi.org/10.26630/jk.v13i3.2945>.
- Olza, I. *et al.* 2018. 'Women's psychological experiences of physiological childbirth: A meta-synthesis', *BMJ Open*, 8(10), pp. 1-11. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>.
- Van der Pijl, M.S.G. *et al.* 2021. 'Client-care provider interaction during labour and birth as experienced by women: Respect, communication, confidentiality and autonomy', *PLoS ONE*, 16(2 February), pp. 1-21. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246697>.
- Tillett, J. 2000. 'The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia', *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 14(3), p. 97. Available at: <https://doi.org/10.1097/00005237-200012000-00009>.

BAB 4

KEBUTUHAN DASAR IBU BERSALIN KALA I, II, III, IV

Oleh Novita Wulandari

4.1 Pendahuluan

Kebutuhan dasar manusia adalah suatu kebutuhan manusia yang utama dan apabila tidak terpenuhi akan terjadi ketidakseimbangan di dalam diri manusia (Abraham Maslow). Kebutuhan fisiologis ibu bersalin suatu kebutuhan dasar ibu bersalin harus dipenuhi sehingga persalinan berjalan dengan lancar. Kebutuhan dasar ibu bersalin yang harus diperhatikan bidan untuk meliputi kebutuhan oksigen, cairan dan nutrisi, eliminasi, personal hygiene, istirahat, posisi dan ambulasi, pengurangan rasa nyeri, penjahitan perineum (jika diperlukan), dan kebutuhan akan pertolongan persalinan yang terstandar. Pemenuhan kebutuhan dasar pada tahapan persalinan disesuaikan dengan kala I, II, III atau IV. Kebutuhan fisiologis ibu bersalin adalah sebagai berikut: (Kurniarum, 2016)

4.2 Kebutuhan Fisiologis

4.2.1 Kebutuhan Oksigen

Pemenuhan kebutuhan oksigen selama proses persalinan penting diperhatikan pada kala I dan kala II, oksigen berperan penting sebagai oksigenasi janin melalui plasenta. Suplai oksigen yang tidak adekuat, dapat menghambat kemajuan persalinan dan mengganggu kesejahteraan janin. Oksigen yang adekuat dapat diupayakan dengan pengaturan sirkulasi udara selama persalinan. Indikasi pemenuhan kebutuhan oksigen

adekuat adalah Denyut Jantung Janin (DJJ) baik dan stabil (Kurniarum, 2016).

4.2.2 Kebutuhan Cairan dan Nutrisi

World Health Organization (WHO) menyarankan tenaga kesehatan (bidan) tidak mencegah ibu yang melahirkan ingin makan atau minum karena kebutuhan energi yang sangat besar untuk ibu melahirkan dan untuk melindungi kesejahteraan ibu dan anak (Yulizawati, 2019)

Kebutuhan cairan dan nutrisi merupakan kebutuhan yang harus dipenuhi dengan baik selama proses persalinan. Pastikan ibu selama proses persalinan mendapatkan asupan makan dan minum yang cukup. Asupan makanan merupakan sumber dari glukosa darah, yang merupakan sumber utama energi untuk sel-sel tubuh. Kadar gula darah yang rendah akan mengakibatkan hipoglikemia. Hipoglikemia selama proses persalinan mengakibatkan komplikasi persalinan baik ibu maupun janin. Hipoglikemia akan mempengaruhi kontraksi/his sehingga menghambat kemajuan persalinan dan mempengaruhi kesejahteraan bayi. Peningkatan suhu tubuh dan kelelahan akibat mengejan pada tahap kala II persalinan dapat menyebabkan ibu mengalami dehidrasi sehingga pastikan ibu mendapatkan cairan yang dibutuhkannya. Bidan harus memastikan ibu mendapatkan nutrisi dan cairan yang dibutuhkan pada tahap III dan IV setelah proses persalinan untuk mencegah kehilangan energi setelah menggunakan banyak energi untuk melahirkan bayi (Kurniarum, 2016).

4.2.3 Kebutuhan Eliminasi

Pemenuhan kebutuhan eliminasi selama persalinan perlu difasilitasi oleh bidan, untuk membantu kemajuan persalinan dan meningkatkan kenyamanan pasien. Anjurkan ibu untuk berkemih secara spontan sesering mungkin atau minimal

setiap 2 jam sekali selama persalinan. Kandung kemih yang penuh mengakibatkan salah satunya perdarahan pasca persalinan, karena kandung kemih yang penuh menghambat kontraksi uterus (Kurniarum, 2016).

4.2.4 Kebutuhan Personal Hygiene

Kebutuhan *hygiene* (kebersihan) ibu bersalin perlu diperhatikan bidan dalam memberikan asuhan pada ibu bersalin. Personal hygiene yang baik dapat membuat ibu merasa aman dan relax, mengurangi kelelahan, mencegah infeksi, dan memelihara kesejahteraan fisik dan psikis. Pada kala I fase aktif terjadi peningkatan bloodyshow dan ibu sudah tidak mampu untuk mobilisasi, maka bidan bisa membantu ibu untuk menjaga kebersihan genetaliaanya untuk menghindari terjadinya infeksi intrapartum dan meningkatkan kenyamanan ibu. Pada kala II dan kala III, untuk membantu menjaga kebersihan diri ibu bersalin, maka ibu dapat diberikan alas bersalin (*under pad*) yang dapat menyerap cairan tubuh (*lendir darah, darah, air ketuban*). Pada kala IV setelah janin dan placenta dilahirkan, selama 2 jam observasi, pastikan keadaan ibu sudah bersih. Ibu dapat dimandikan atau dibersihkan di atas tempat tidur. Pastikan bahwa ibu sudah mengenakan pakaian bersih dan penampung darah dengan baik. (Kurniarum, 2016).

4.2.5 Kebutuhan Istirahat

Selama proses persalinan kebutuhan istirahat ibu bersalin tetap harus dipenuhi. Istirahat selama proses persalinan (kala I, II, III maupun IV) adalah bidan memberikan kesempatan pada ibu untuk relaksasi yang dapat dilakukan selama tidak ada his (*disela-sela his*). Ibu bisa makan atau minum, atau melakukan hal menyenangkan untuk melepas lelah, atau apabila memungkinkan ibu dapat tidur. Pada kala II, sebaiknya ibu diusahakan untuk tidak mengantuk. Setelah

proses persalinan selesai bidan dapat menganjurkan ibu istirahat (tidur) untuk mengurangi kelelahan. Inisiasi menyusui dini tetap dilakukan setelah proses persalinan selesai (Kurniarum, 2016).

4.2.6 Posisi dan Ambulasi

Posisi persalinan yang akan dibahas adalah posisi persalinan kala I dan posisi meneran pada kala II. Ambulasi adalah mobilisasi ibu yang dilakukan pada kala I. Persalinan merupakan suatu proses fisiologis. Bidan dapat membantu ibu agar tetap tenang dan rileks. Selama proses persalinan Bidan dapat memfasilitasi ibu dalam memilih sendiri posisi persalinan dan posisi meneran dan memberikan alternatif posisi persalinan dan posisi meneran bila posisi yang dipilih ibu kurang efektif.

Bidan harus memahami posisi persalinan untuk menghindari intervensi yang tidak perlu, sehingga meningkatkan persalinan normal. Pada awal persalinan, sambil menunggu pembukaan lengkap, ibu masih diperbolehkan untuk melakukan mobilisasi/aktivitas. Hal ini tentunya disesuaikan dengan kesanggupan ibu. Mobilisasi yang tepat dapat membantu dalam meningkatkan kemajuan persalinan, dapat mengurangi kecemasan yang dihadapi ibu menjelang kelahiran janin. Pada kala I posisi persalinan bertujuan membantu mengurangi rasa sakit akibat his dan meningkatkan kemajuan persalinan. Ibu dapat mencoba berbagai posisi yang nyaman dan aman dengan dibantu oleh suami dan keluarga. Pada kala I ini, ibu diperbolehkan untuk berjalan, berdiri, duduk dan berbaring miring. Hindari posisi jongkok, ataupun dorsal recumbent maupun lithotomi karena akan merangsang kekuatan meneran. Hindari Posisi terlentang selama persalinan (kala I dan II) karena posisi telentang menyebabkan berat uterus, janin, cairan ketuban, dan placenta menekan vena cava inferior. Penekanan ini akan menyebabkan turunnya suplai oksigen utero-placenta.

Hal ini akan menyebabkan hipoksia. Posisi telentang juga dapat menghambat kemajuan persalinan (Kurniarum, 2016).

4.2.7 Pengurangan Rasa Nyeri

Nyeri persalinan merupakan pengalaman subjektif tentang sensasi fisik yang terkait dengan kontraksi uterus, dilatasi dan penipisan serviks, serta penurunan janin selama persalinan. Bidan dapat membantu ibu bersalin dalam mengurangi nyeri persalinan dengan teknik self-help. Teknik ini merupakan teknik pengurangan nyeri persalinan yang dapat dilakukan sendiri oleh ibu bersalin, melalui pernafasan dan relaksasi maupun stimulasi yang dilakukan oleh bidan. Selama proses persalinan bidan dapat membimbing ibu untuk melakukan teknik self-help, terutama saat terjadi his/kontraksi. Dalam memberikan asuhan kebidanan, bidan dapat dibantu dan didukung oleh suami dan anggota keluarga (Kurniarum, 2016).

4.2.8 Penjahitan Perineum (jika diperlukan)

Proses kelahiran bayi dan placenta dapat menyebabkan berubahnya bentuk jalan lahir, terutama adalah perineum. Pada ibu yang memiliki perineum yang tidak elastis, maka robekan perineum seringkali terjadi. Robekan perineum yang tidak diperbaiki, akan mempengaruhi fungsi dan estetika. Oleh karena itu, penjahitan perineum merupakan salah satu kebutuhan fisiologis ibu bersalin. Dalam melakukan penjahitan perineum, bidan perlu memperhatikan prinsip sterilitas dan asuhan sayang ibu. Berikanlah selalu anastesi sebelum dilakukan penjahitan. Perhatikan juga posisi bidan saat melakukan penjahitan perineum. Posisikan badan ibu dengan posisi litotomi/dorsal recumbent, tepat berada di depan bidan. Hindari posisi bidan yang berada di sisi ibu saat menjahit, karena hal ini dapat mengganggu kelancaran dan kenyamanan tindakan (Kurniarum, 2016).

4.2.9 Kebutuhan Proses Persalinan Yang Terstandar

Mendapatkan pelayanan asuhan kebidanan persalinan yang terstandar merupakan hak setiap ibu. Hal ini merupakan salah satu kebutuhan fisiologis ibu bersalin, karena dengan pertolongan persalinan yang terstandar dapat meningkatkan proses persalinan yang alami/normal. Hal yang perlu disiapkan bidan dalam memberikan pertolongan persalinan terstandar dimulai dari penerapan upaya pencegahan infeksi. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan dengan menggunakan sabun dan air mengalir dapat mengurangi risiko penularan infeksi pada ibu maupun bayi. Dilanjutkan dengan penggunaan APD (alat perlindungan diri) yang telah disepakati. Tempat persalinan perlu disiapkan dengan baik dan sesuai standar, dilengkapi dengan alat dan bahan yang telah direkomendasikan Kemenkes dan IBI. Ruang persalinan harus memiliki sistem pencahayaan yang cukup dan sirkulasi udara yang baik. Dalam melakukan pertolongan persalinan, bidan sebaiknya tetap menerapkan APN (asuhan persalinan normal) pada setiap kasus yang dihadapi ibu. Lakukan penapisan awal sebelum melakukan APN agar asuhan yang diberikan sesuai. Segera lakukan rujukan apabila ditemukan ketidaknormalan (Kurniarum, 2016)

4.3 Kebutuhan Psikologis

4.3.1 Pemberian Sugesti

Pemberian sugesti bertujuan untuk memberikan pengaruh pada ibu dengan pemikiran yang dapat diterima secara logis. Sugesti yang diberikan berupa sugesti positif yang mengarah pada tindakan memotivasi ibu untuk melalui proses persalinan. Sugesti positif yang dapat diberikan bidan pada ibu bersalin adalah dengan mengatakan pada ibu bahwa proses persalinan yang ibu hadapi akan berjalan lancar dan normal.

Pada saat terjadi his/kontraksi, bidan membimbing ibu untuk melakukan teknik relaksasi dan memberikan sugesti bahwa dengan menarik dan menghembuskan nafas, seiring dengan proses pengeluaran nafas, rasa sakit ibu akan berkurang (Kurniarum, 2016).

4.3.2 Mengalihkan Perhatian

Mengalihkan perhatian dari rasa sakit yang dihadapi selama proses persalinan berlangsung dapat mengurangi rasa sakit yang sebenarnya. Upaya yang dapat dilakukan bidan dan pendamping persalinan untuk mengalihkan perhatian ibu dari rasa sakit selama persalinan misalnya adalah dengan mengajaknya berbicara, sedikit bersenda gurau, mendengarkan musik kesukaannya atau menonton televisi/film. Saat kontraksi berlangsung dan ibu masih tetap merasakan nyeri pada ambang yang tinggi, maka upaya-upaya mengurangi rasa nyeri misal dengan teknik relaksasi maupun dengan pijatan (Kurniarum, 2016).

4.3.3 Membangun Kepercayaan

Kepercayaan merupakan salah satu poin yang penting dalam membangun citra diri positif ibu dan membangun sugesti positif dari bidan. Ibu bersalin yang memiliki kepercayaan diri yang baik, bahwa dia mampu melahirkan secara normal, dan dia percaya bahwa proses persalinan yang dihadapi akan berjalan dengan lancar, maka secara psikologis telah mengafirmasi alam bawah sadar ibu untuk bersikap dan berperilaku positif selama proses persalinan berlangsung sehingga hasil akhir persalinan sesuai dengan harapan ibu. Untuk membangun sugesti yang baik, ibu harus mempunyai kepercayaan pada bidan sebagai penolongnya, bahwa bidan mampu melakukan pertolongan persalinan dengan baik sesuai standar, didasari pengetahuan dasar dan keterampilan yang baik serta mempunyai

pengalaman yang cukup. Dengan kepercayaan tersebut, maka dengan sendirinya ibu bersalin akan merasa aman dan nyaman selama proses persalinan berlangsung (Kurniarum, 2016)

DAFTAR PUSTAKA

- Kurniarum, A., 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. 1 ed. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan.
- Yulizawati, e. a., 2019. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. 1 ed. Sidoarjo: Indomedia Pustaka.

BAB 5

ASUHAN KEBIDANAN PADA KALA I, II, III, DAN IV PERSALINAN

Oleh Darmiati

Asuhan yang diberikan pada kala I, II, III, dan IV memiliki peran yang sangat krusial pada ibu dalam proses persalinan (Yulizawati, 2019). Selama proses persalinan, seorang tenaga kesehatan dituntut untuk dapat bekerja secara tepat sehingga meminimalisir risiko terjadinya gangguan atau komplikasi yang dapat terjadi selama proses persalinan (Irmadani and Puspita, 2022). Hal ini disebabkan karena pada ibu bersalin terjadi perubahan baik perubahan fisiologis maupun perubahan psikologis. Oleh karena itu, tenaga kesehatan harus mengetahui kebutuhan sehingga mampu memberikan asuhan pada ibu bersalin sesuai tahap dalam persalinan (Fitriana, 2020).

5.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Kala I

Kala I persalinan (kala pembukaan) dimulai dengan adanya kontraksi yang teratur serta adekuat dan berakhir ketika pembukaan telah lengkap (Sari, 2021). Asuhan yang dapat diberikan pada ibu bersalin kala I antara lain :

1. Melakukan pengumpulan data

Pada tahap ini, seorang bidan dapat melakukan anamnesa kepada pasien atau keluarga pasien. Menurut (Rukiyah, 2021), berikut ini beberapa aspek yang dapat ditanyakan pada saat melakukan proses anamnesa:

a. Riwayat Kesehatan

- 1) Memeriksa kembali kartu/buku kunjugan/buku KIA pasien untuk memastikan:
 - a) Gestasi
 - b) Keluhan atau masalah yang saat ini dirasakan
 - c) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas terdahulu (pada multigravida)
- 2) Menanyakan riwayat persalinan saat ini seperti:
 - a) Perasaan ibu saat ini
 - b) Usia kehamilan ibu saat ini
 - c) Sejak kapan ibu mulai merasakan nyeri
 - d) Frekuensi dan durasi nyeri yang dirasakan
 - e) Intensitas nyeri
 - f) Ada atau tidak pengeluaran lendir atau darah dari jalan lahir
 - g) Ada atau tidak perdarahan
 - h) Riwayat terjadinya semburan darah (ada/tidak, jika ada "kapan", bagaimana warnanya, perkiraan jumlahnya)
 - i) Pergerakan janin
 - j) Waktu BAB dan BAK terakhir
- 3) Menanyakan riwayat persalinan lalu (jika multigravida) seperti:
 - a) Usia anak terakhir
 - b) Gestasi
 - c) Jenis persalinan
 - d) Ada atau tidak komplikasi/penyulit
 - e) Keadaan bayi saat dilahirkan
 - f) Masa nifas
 - g) Keadaan anak saat ini

- b. Melakukan pemeriksaan fisik
 - 1) Melakukan pengukuran Tanda-tanda Vital (TTV) seperti pengukuran tekanan darah, nadi, pernafasan, dan suhu.
 - 2) Melakukan pemeriksaan fisik secara *head to toe* (dari ujung kepala sampai ujung kaki) secara komprehensif dan sistematis:
 - a) Ada atau tidak edema pada wajah dan ekstremitas
 - b) Warna pada konjungtiva
 - c) Pemeriksaan pada leher untuk menilai ada atau tidaknya pembesaran vena jugularis, kelenjar limfe, dan kelenjar tyroid.
 - d) Pemeriksaan pada abdomen seperti pemeriksaan leopold dan bekas luka.
 - e) Pemeriksaan denyut jantung janin
 - f) Pemeriksaan genitalia dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk mengetahui kemajuan persalinan dan kelainan lain.
- c. Melakukan pemeriksaan penunjang
 - 1) Pemeriksaan kadar hemoglobin
 - 2) Pemeriksaan protein urin / albumin
 - 3) Pemeriksaan glukosa urin / reduksi
 - 4) Pemeriksain lain sesuai kebutuhan

2. Melakukan Penilaian dan Penegakan Diagnosa

Berdasarkan pengkajian dan pengumpulan data yang telah dilakukan pada Langkah sebelumnya maka seorang bidan harus mampu melakukan penilaian dan menegakkan diagnose serta masalah yang terjadi pada pasien sehingga dapat tersusun intervensi sesuai kebutuhan pasien (Sari, 2021).

3. Menyusun Intervensi

Berikut ini beberapa intervensi yang dapat diberikan pada ibu bersalin kala I, antara lain:

- a. Melakukan pemantauan kemajuan persalinan dengan melakukan pemeriksaan dalam (setiap 4 jam atau jika ada indikasi) dan kontraksi.
- b. Melakukan pemantauan keadaan ibu dengan pengukuran tanda-tanda vital
- c. Melakukan pemantauan keadaan janin dengan mengukur denyut jantung janin dan pergerakan janin.
- d. Memberikan asupan makanan dan hidrasi pada ibu agar ibu tetap bertenaga (sebaiknya menghindari pemberian makanan dalam porsi besar)
- e. Memberikan kesempatan untuk melakukan proses eliminasi (defekasi atau miksi)
- f. Meminimalisir intervensi yang tidak dibutuhkan tanpa indikasi
- g. Memberikan support seperti menghadirkan pendamping/keluarga.
- h. Mengajarkan kepada pendamping terkait hal yang dapat dilakukan selama menemani ibu.
- i. Menjadi pendengar jika dibutuhkan
- j. Jika ibu tampak cemas/takut atau tidak bisa beradaptasi dengan nyeri persalinan maka dapat berikan intervensi seperti:
 - 1) Menghadirkan pendamping
 - 2) Pengaturan posisi nyaman mungkin
 - 3) Biarkan beraktifitas jika ibu menginginkan
 - 4) Berikan pijatan/sentuhan jika dibutuhkan
 - 5) Ajarkan Teknik pernafasan
 - 6) Pastikan suhu ruangan nyaman bagi ibu
 - 7) Lakukan counterpressure
 - 8) Berikan terapi kompres hangat dan dingin

- 9) Berendam (jika sarana mendukung dan tidak ada komplikasi)
 - 10) Terapi musik yang lembut dan menenangkan
 - 11) Terapi aroma
 - 12) Visualisasi seperti pemusatan pikiran atau pengalihan pikiran terhadap nyeri
 - 13) Ajarkan exercise atau latihan seperti duduk di atas gym ball (Tanjung and Antoni, 2019).
- k. Melakukan pengisian pada partograf untuk memantau kemajuan persalinan dan mendeteksi jika ada komplikasi (Oktarina, 2019).

Untuk lebih jelasnya, silakan perhatikan tabel di bawah ini :

Tabel 5.1. Pemantauan kala I persalinan

Parameter	Frekuensi pada kala I fase laten	Frekuensi pada kala I fase aktif
Tekanan darah	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Suhu	Tiap 4 jam	Tiap 2 jam
Nadi	Tiap 30 menit	Tiap 30 menit
DJJ	Tiap 1 jam	Tiap 30 menit
Kontraksi/His	Tiap 1 jam	Tiap 30 menit
Dilatasi serviks	Tiap 4 jam*	Tiap 4 jam*
Penurunan	Tiap 4 jam*	Tiap 4 jam*
Warna cairan amnion	Tiap 4 jam*	Tiap 4 jam*

*Hasil diperoleh dengan melakukan pemeriksaan dalam
Sumber : (Walyani, 2020)

4. **Mengidentifikasi Tanda Bahaya pada Kala I dan Menyusun Intervensi berdasarkan Tanda Bahaya yang Ditemukan.**
5. **Melakukan pendokumentasian**

5.2 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Kala II

Kala II persalinan (kala pengeluaran) dimulai ketika pembukaan telah lengkap dan berakhir ketika seluruh tubuh bayi telah lahir (Dartiwen, 2018).



Gambar 5.1. Persalinan Kala II Normal
Sumber : (Sari, 2021)

Pada persalinan normal, kala II berlangsung sekitar 40 menit pada primpara dan sekitar 15 menit pada multipara. Frekuensi his/kontraksi yang terjadi pada kala II persalinan akan terjadi lebih sering, intensitas lebih kuat, durasi lebih lama dan akan terus meningkat seiring dilatasi serviks (Prihatini, 2018). Berikut ini asuhan yang dapat diberikan pada ibu bersalin kala II antara lain :

- 1. Melakukan penilaian untuk memastikan pasien telah memasuki kala II persalinan dengan memperhatikan tanda di bawah ini:**
 - a. Ibu merasakan adanya dorongan untuk meneran (dorongan meneran/doran)

- b. Tampak tekanan pada anus (teknus)
- c. Perineum tampak menonjol (perjol)
- d. Vulva dan vagina membuka (vulka)
- e. Peningkatan pengeluaran air ketuban
- f. Peningkatan pengeluaran lendir dan darah
- g. Adanya lightening pada minggu ke-36 yang disebabkan oleh adanya *Braxton Hicks*, penegangan pada dinding abdomen dan Ligamentum rotundum, dan masuknya bagian terbawah janin (Na'imah, Ainun; Hayu Lestari, Rini; Wibowo, 2017).

2. Melakukan pemantauan kondisi ibu

Beberapa asuhan yang dapat dilakukan pada kala II persalinan untuk memantau kondisi ibu antara lain:

- a. Memeriksa frekuensi nadi setiap 30 menit.
- b. Memantau kontraksi/his (frekuensi dan durasinya) setiap 30 menit
- c. Memastikan kandung kemih/vesika urinaria dalam keadaan kosong
- d. Memenuhi kebutuhan nutrisi dan hidrasi ibu
- e. Memeriksa penurunan bagian terendah janin (dapat dilakukan setiap 30 menit pada pemeriksaan luar dan setiap 1 jam pada pemeriksaan dalam)
- f. Memastikan ibu meneran secara efektif
- g. Memastikan presentasi janin
- h. Mendeteksi dini kemungkinan komplikasi dan penyulit (Fitriana, 2020)

3. Melakukan pemantauan kondisi janin

Beberapa asuhan yang dapat dilakukan pada kala II persalinan untuk memantau kondisi janin antara lain:

- a. Sebelum kelahiran bayi
 - 1) Memeriksa denyut jantung janin setiap 30 menit

- 2) Memeriksa warna air ketuban
- 3) Memeriksa kondisi kepala janin
- b. Setelah kelahiran bayi
Memeriksa keadaan bayi segera setelah bayi lahir (< 30 detik) dengan pertanyaan di bawah ini:
 - 1) Apakah bayi menangis kuat?
 - 2) Apakah bayi bergerak aktif?

4. Melakukan pemantauan untuk mendeteksi secara dini komplikasi atau penyulit yang dapat terjadi pada kala II persalinan seperti :

- a. Syok
- b. Kekurangan cairan
- c. Infeksi
- d. Gawat janin
- e. Risiko terjadinya pre eklampsia
- f. Gangguan his
- g. *Dystocia*
- h. Warna air ketuban yang abnormal
- i. *Gamelly* (Walyani, 2020)

5. Melakukan persiapan pertolongan persalinan

Beberapa persiapan tersebut antara lain:

- a. Alat pelindung diri seperti handscoen, masker, sepatu boots, faceshild, kacamata dan hazmat (jika diperlukan).
- b. Memastikan ruangan bersalin nyaman dan bersih
- c. Memastikan kelengkapan alat dan bahan
- d. Memastikan ruangan bayi nyaman
- e. Persiapan lain seperti kehadiran pendamping jika dibutuhkan, perlengkapan ibu dan bayi, dan lainnya (Rukiyah, 2021).

6. Melakukan penatalaksanaan kala II persalinan

- Melakukan bimbingan meneran sesuai Asuhan Persalinan Normal (APN) jika pembukaan sudah lengkap, penurunan kepala pada Hodge IV, dan ketuban sudah pecah
- Memberikan kesempatan kepada ibu untuk beristirahat di antara kontraksi (bukan tidur)
- Membantu ibu memilih posisi yang nyaman tanpa menyulitkan penolong (Subagio, 2022)

Posisi Semasa Bersalin



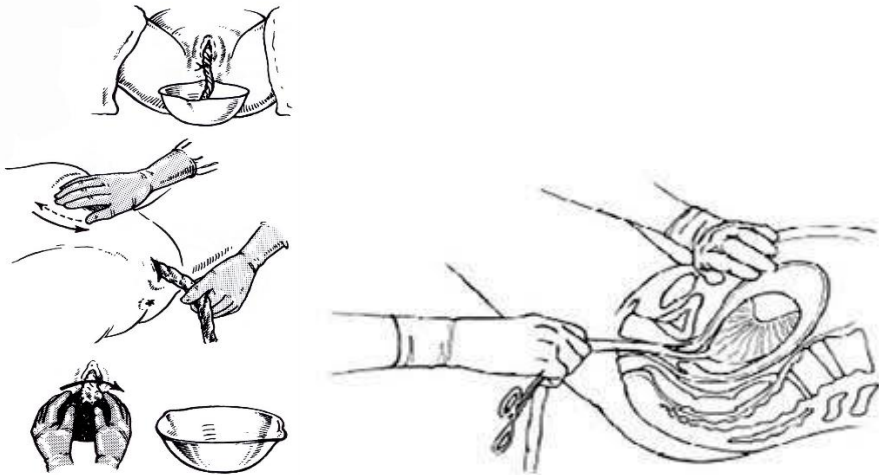
Gambar 5.2. Posisi Kala II Persalinan

Sumber : (Juhaidah, 2017)

- d. Melakukan pemantauan keadaan ibu dan janin
- e. Mengajarkan teknik pernafasan (Walyani, 2020)

5.3 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Kala III

Kala III persalinan (kala plasenta) dimulai ketika seluruh tubuh bayi telah lahir dan berakhir ketika seluruh plasenta dan selaput ketuban telah lahir.



Gambar 5.3. Proses pengeluaran plasenta

Sumber : (Walyani, 2020)

1. Pelepasan plasenta

Ada 2 metode dalam pelepasan plasenta yaitu :

a. Metode Ekspulsi Schultze

Metode ini ditandai dengan tali pusat yang semakin panjang dan tanpa disertai pengeluaran darah dari jalan lahir. Pelepasan ini dimulai dari bagian tengah atau tepi plasenta dan biasanya terjadi jika plasenta menempel pada daerah fundus uteri.

b. Metode Ekspulsi Matthew – Duncan

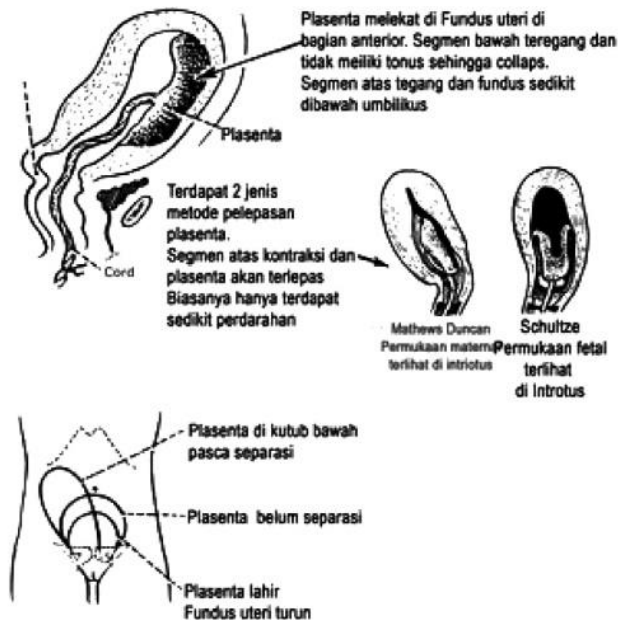
Metode ini ditandai dengan adanya perdarahan dari jalan lahir (< 400 ml), jika perdarahan terjadi lebih dari

400 ml, biasanya plasenta melekat pada daerah lateral. dandapat dicurigai kondisi yang tidak normal sehingga diperlukan penanganan yang cepat dan tepat (Prihatini, 2018).

2. Tanda pelepasan plasenta

Sebelum melakukan penatalaksanaann kala III persalinan, terlebih dahulu penolong harus memastikan bahwa plasenta sudah terlepas. Tanda-tanda plasenta telah terlepas yaitu:

- Perubahan bentuk uterus dan TFU
- Tali pusat bertambah Panjang
- Adanya semburan darah secara tiba-tiba dan singkat



Gambar 5.4. Tanda pelepasan plasenta
Sumber : (Walyani, 2020)

3. Asuhan pada Kala III Persalinan

Asuhan yang dapat diberikan pada kala III persalinan normal yaitu Manajemen Aktif Kala (MAK) III. Tindakan ini bertujuan untuk memaksimalkan kontraksi pasca persalinan, mempersingkat kala III, meminimalisir jumlah kehilangan darah, dan meminimalisir risiko terjadinya komplikasi pada kala III persalinan. Dalam manajemen aktif kala III, terdapat tiga langkah utama yang harus dilakukan, yaitu:

- a. Penatalaksanaan pemberian suntikan oksitosin/uterotonika segera setelah kelahiran bayi
- b. Penegangan Tali Pusat Terkendali (PTT)
- c. Melakukan rangsangan taktil pada uterus / massage uterus (Susiloningtyas and Purwanti, 2022).

4. Pemeriksaan pada Kala III Persalinan

Berikut ini pemeriksaan yang dapat dilakukan pada kala III persalinan, yaitu:

- a. Pemeriksaan plasenta
 - 1) Plasenta yang telah lahir harus diperiksa untuk memastikan kelengkapannya.
 - 2) Jumlah kotiledon sekitar 20 kotiledon.
 - 3) Pastikan tidak ada plasenta yang tertinggal, jika ada segera lakukan eksplorasi.
- b. Pemeriksaan selaput ketuban

Setelah plasenta lahir dan dipastikan utuh, pemeriksaan selaputnya juga harus dilakukan.

 - 1) Pastikan selaput ketuban utuh. Dapat dilakukan dengan cara meletakkan plasenta pada bagian yang rata, kemudian Tarik seluruh bagian tepi selaput ketuban dan pertemukan antara sisinya, dan amati jika ada sisi yang tidak tertutupi oleh selaput atau robek.

- 2) Lakukan eksplorasi jika hasil pemeriksaan selaput ketuban tidak utuh
- c. Pemeriksaan tali pusat
Berikut pemeriksaan pada tali pusat:
 - 1) Panjang
 - 2) Bentuk
 - 3) Insersio
 - 4) Jumlah pembuluh darah vena dan arteri
 - 5) Lilitan (Dartiwen, 2018)

5. Pemantauan kala III Persalinan

Setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, pemantaun lain yang dilakukan pada kala III persalinan adalah:

- a. Kontraksi
- b. Rupture pada jalan lahir dan perineum
- c. Kebersihan (Rukiyah, 2021)

5.4 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Kala IV

Kala IV persalinan (kala pengawaan) dimulai ketika seluruh plasenta dan selaput ketuban telah lahir dan berakhir setelah 2 jam.

Dalam kala IV persalinan, hal penting yang harus diperhatikan adalah kontraksi uterus untuk mencegah terjadi komplikasi seperti perdarahan post partum. Perdarahan post partum adalah suatu komplikasi pada masa nifas yang dapat terjadi secara tiba-tiba dan terkadang tanpa penyebab yang jelas. Perdarahan merupakan salah satu penyebab utama kematian ibu. Pada kala IV persalinan, terkadang menjadi moment yang terlupakan. Semua keluarga focus pada bayi yang telah lahir, dan ibu post partum biasanya mengalami kelelahan sehingga terkadang tertidur. Dalam kondisi seperti ini, pemantauan kontraksi sering dilupakan sehingga meningkatkan

risiko terjadinya perdarahan. Berikut ini beberapa asuhan yang dapat diberikan pada Kala IV Persalinan, yaitu:

1. Melakukan pemeriksaan fundus uteri selama 2 jam setelah kelahiran bayi. Dalam 1 jam pertama, dilakukan pemeriksaan setiap 15 menit (melakukan 4 kali pemeriksaan) dan 1 jam kedua dilakukan setiap 30 menit (melakukan 2 kali pemeriksaan). Yang harus diperiksa adalah memastikan uterus tetap berkontraksi dengan baik untuk mencegah terjadinya perdarahan (lakukan massage).
2. Melakukan pemeriksaan TFU, tekanan darah, frekuensi nadi, keadaan kandung kemih, suhu, dan estimasi jumlah kehilangan darah. Pemeriksaan juga dilakukan selama 2 jam setelah kelahiran bayi (melakukan 4 kali pemeriksaan) dan 1 jam kedua dilakukan setiap 30 menit (melakukan 2 kali pemeriksaan).
3. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum untuk mencegah terjadinya kekurangan cairan dan untuk membantu mengembalikan tenaga ibu setelah proses persalinan.
4. Membantu ibu menggunakan pakaian yang bersih dan nyaman
5. Memberikan kesempatan kepada ibu dan bayinya untuk Bersama sehingga meningkatkan hubungan kasih sayang antara ibu dan bayi.
6. Memfasilitasi pemberian Air Susu Ibu (ASI)
7. Membantu ibu jika ingin ke kamar mandi
8. Mengajarkan ibu dan keluarga cara untuk melakukan massage uterus dan menilai kontraksi
9. Memberikan informasi terkait tanda bahaya pada ibu dan bayi serta perubahan pada masa nifas.

DAFTAR PUSTAKA

- Dartiwen. 2018. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Fitriana, Y. 2020. *Asuhan Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Irmadani, A. S. and Puspita, W. D. 2022. 'DAHLIA MAKASSAR The Effect Of Regular Antenatal Care Visits On Delivery Complications In Dahlia Health Center Makassar', 5(1), pp. 295–300.
- Juhaidah. 2017. 'Posisi Bersalin'.
- Na'imah, Ainun; Hayu Lestari, Rini; Wibowo, H. 2017. 'Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Kala I Fase Aktif Dengan Kompres Panas Guna Mengurangi Rasa Nyeri', *Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 3(2), pp. 2477–4383.
- Oktarina, M. 2019. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: CV. Trans Info Medika.
- Prihatini, S. D. 2018. *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Panasea.
- Rukiyah, A. Y. 2021. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: CV. Trans Info Medika.
- Sari, E. P. 2021. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Jakarta Timur: Trans Info Media.
- Subagio, S. U. 2022. 'Efektifitas Birth Ball Untuk Mengurangi Nyeri Persalinan', *Gastronomía ecuatoriana y turismo local.*, 1(69), pp. 5–24.
- Susiloningtyas, I. and Purwanti, Y. 2022. 'Kajian Pengaruh Manajemen Aktif Kala III Terhadap Pencegahan Postpartum'.

- Tanjung, W. W. and Antoni, A. 2019. 'Efektifitas Endorphen Massage Terhadap Intensitas Nyeri Persalinan Kala I pada Ibu Bersalin', *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia ...*, 4(2), pp. 48–53. Available at: <http://jurnal.stikes-aufa.ac.id/index.php/health/article/view/65>.
- Walyani, elisabet S. 2020. *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Yulizawati. 2019. *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Jawa Timur: Indomedia Pustaka.

BAB 6

PENGISIAN DAN IMPLEMENTASI DARI HASIL PARTOGRAF

Oleh Adisty Dwi Treasa

6.1 Pendahuluan

Observasi proses persalinan mulai dilakukan pada kala I sampai Kala IV untuk memantau kesejahteraan ibu dan janin, observasi akan di pantau dan dicatat menggunakan alat pendokumentasian. Dokumentasi yang digunakan dalam praktik kebidanan adalah Format Asuhan Kebidanan 7 langkah Varney, Manajemen SOAP, SOP (Standar Operasional Prosedur), dan Partograf. Partograf merupakan bentuk dokumentasi kebidanan yang digunakan dalam memantau kemajuan persalinan (Silfia, 2020).

Partograf terdiri dari dua halaman yakni halaman depan dan halaman belakang sebagai alat pemantauan proses persalinan kala I sampai kala IV, partograf membantu bidan mengenali apakah ibu masih dalam kondisi normal atau mulai ada penyulit, partograf sebagai alat untuk pengambilan keputusan klinik oleh bidan untuk menghindari keterlambatan dalam penanganan pada ibu bersalin (PP IBI, 2021).

6.2 Definsi Partograf

Partograf adalah alat observasi yang telah digunakan pada setiap proses persalinan, alat ini dapat mengoptimalkan waktu intervensi dan rujukan dalam proses pengambilan keputusan selama persalinan (Bonet, 2019). Berdasarkan kompetensi Bidan Indonesia dalam Kemenkes

No.369/MENKES/SK/III/2007 menyatakan bahwa salah satu keterampilan dasar bidan dalam Kompetensi persalinan yaitu melakukan pemantauan kemajuan persalinan menggunakan partograf.

Partograf ini dapat digunakan untuk membantu mendeteksi masalah dan penyulit persalinan sesegera mungkin, penggunaan partograf yang tepat selama persalinan untuk mencapai ibu dan bayi yang sehat dengan tingkat intervensi seminimal mungkin, deteksi dini, dan manajemen komplikasi dan rujukan tepat waktu (Markos, 2020).

6.3 Manfaat Penggunaan Partograf

Manfaat penggunaan partograf adalah pemantauan kondisi pada ibu dan bayi sesuai dengan Asuhan Persalinan Normal (APN), mendapatkan asuhan persalinan yang sehat, bersih, aman, tepat dan mampu mengambil keputusan klinik dengan baik sesuai hasil observasi partograf dan deteksi dini penyulit selama proses persalinan (Ginting, 2017).

Menurut Legawati (2018), manfaat penggunaan partograf, yaitu:

- a. Pencatatan pemeriksaan dilatasi serviks saat pemeriksaan dalam untuk mengetahui kemajuan persalinan.
- b. Pencatatan dan pemantauan penyulit dan komplikasi selama persalinan sehingga bidan dapat mendeteksi dini kemungkinan penyulit karena persalinan lama.
- c. Pencatatan data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan, proses persalinan, medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium.
- d. Pelaporan pencatatan keputusan klinik dan asuhan yang diberikan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir.

6.4 Penggunaan Partograf

Partograf adalah alat observasi yang digunakan pada ibu dengan proses persalinan, partograf digunakan pada ibu bersalin dengan semua kondisi ibu bersalin, normal atau kondisi disertai penyulit saat persalinan. Partograf digunakan di setiap pelayanan kesehatan persalinan yaitu Praktik Mandiri Bidan (PMB), Puskesmas, Klinik Swasta Ibu dan Anak, Rumah Sakit, dll, partograf dicatat dan diobservasi oleh tenaga kesehatan yang membantu pertolongan persalinan yaitu Bidan, Dokter Umum, Dokter Obgyn, dll.

Pemantauan pertolongan persalinan dengan partograf dimulai saat persalinan memasuki fase aktif yakni pembukaan 4 cm dan kontraksi adekuat, bila hasil pemeriksaan dalam menunjukkan pembukaan 4 cm, tetapi kualitas kontraksi belum adekuat minimal 3 x dalam 10 menit dan/atau lamanya masih kurang 40 menit, lakukan observasi selama 1 jam kedepan. Jika masih sama, berarti pasien belum masuk fase aktif. Bila pembukaan sudah lebih dari 4 cm tetapi kualitas kontraksi masih kurang 3 x dalam 10 menit atau lamanya kurang dari 40 detik, maka kemungkinan ibu mengalami inertia uteri (PP IBI, 2021).

Komponen yang diobservasi pada partograf, (PP IBI, 2021):

- a. Denyut jantung janin setiap 1/2 jam
- b. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 1/2 jam
- c. Nadi diperiksa setiap 1/2 jam
- d. Pembukaan serviks setiap 4 jam
- e. Penurunan kepala diperiksa setiap 4 jam
- f. Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam
- g. Produksi urin, aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam.

6.5 Cara Pengisian Partograf

Pengisian partograf dimulai dari fase akti yaitu pembukaan serviks 4 cm. Partograf digunakan untuk mencatat semua pengamatan yang dilakukan saat proses persalinan. Hal-hal yang perlu dicatat yaitu:

- a. Kemajuan persalinan yang dipantau melalui pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin dan kontraksi uterus.
- b. Kondisi janin dipantau oleh denyut jantung janin, warna cairan ketuban dan molase atau penyusupan kepala janin.
- c. Kondisi ibu dinilai dengan denyut nadi, tekanan darah, suhu, urin yang mencakup volume urin, protein dan aseton.
- d. Terdapat kolom khusus untuk pencatatan pemberian obat-obatan, cairan IV dan oksitosin (Dalal & Purandare, 2018). Informasi lain yang terdapat dalam parograf meliputi: nama ibu, informasi kehamilan (GPA), rekam medis, tanggal dan waktu rawat, waktu pecahnya ketuban.

Cara Pendokumentasia Partograf, yaitu:

- a. Pengisian Identitas Pengisian identitas terdiri dari nomor register, identitas ibu dan suami, umur ibu, gravida, partus, abortus, usia kehamilan, tanggal dan jam masuk pelayanan kesehatan, waktu ketuban pecah dan waktu merasakan mules pertama, serta dilengkapi alamat ibu dan suami.

PARTOGRAF

No. Register		Nama Ibu/Bapak : _____ / _____	Umur : ____/____	G... P... A... Hamil minggu
RS/Puskesmas/RB		Masuk Tanggal : _____	Pukul : _____ WIB	
Ketuban Pecah	sejak pukul _____ WIB	Mules sejak pukul _____ WIB	Alamat :	

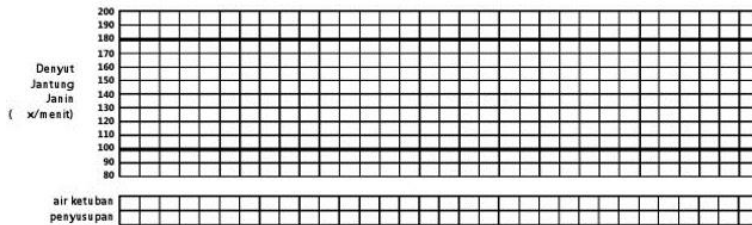
Gambar 6.1. Identitas Ibu

b. Kondisi Janin

- 1) Pemantauan Denyut Jantung Janin (DJJ), Djj dipantau setiap 30 menit saat kondisi normal, dan bisa ditambah jika ada penyulit sesuai indikasi, satu kotak kecil pada partograf menunjukkan waktu 30 menit, normal Djj 100-160 kali/menit, jika denyut jantung bayi lebih lambat dari kondisi normal disebut bradikardi dan jika denyut jantung bayi terus menurun lebih cepat dari kondisi normal disebut takikardi.
- 2) Warna dan kondisi Air Ketuban, pemantauan air ketuban ditandai dengan lambang yaitu;
U : Utuh (selaput ketuban masih utuh)
J : Jernih (selaput ketuban pecah dan berwarna jernih)
M : Mekonium (air ketuban bercampur dengan feses bayi)
D : Darah (air ketuban bercampur darah)
K : Kering (tidak didapatinya cairan ketuban).
- 3) Penyusupan Tulang Kepala Janin (Molase/Molding), Pencatatan penyusupan antar tulang kepala janin berada tepat di bawah kolom air ketuban, pemeriksaan ini dilakukan setiap 4 jam sekali. Pencatatan penemuan menggunakan lambang-lambang yaitu:
0 : Sutura terpisah
1 : Tulang - tulang kepala janin hanya saling bersentuhan
2 : Sutura tumpang tindih tetapi masih dapat diperbaiki
3 : Sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki

Molase merupakan indikator yang memberikan gambaran kepada petugas medis dalam mengetahui

seberapa sanggup kepala bayi menyesuaikan diri dengan tulang panggul ibu. Semakin besar nilai tumpang tindih antara tulang kepala menunjukkan risiko disproporsi kepala panggul (CPD). Apabila ada dugaan CPD maka penting untuk memantau kondisi janin dalam kemajuan persalinan.



Gambar 6.2. Pemantauan Kondisi Janin

4) Kemajuan Pesalinan

- Pembukaan Serviks, pencatatan kemajuan dilatasi serviks ditandai dengan tanda "X", pembukaan dilatasi serviks 1-10 cm terdapat disebelah kiri kolom, pada bagian terdapat angka 0- 24 yang menyatakan jam. Pencatatan awal dilatasi serviks dimulai pada garis waspada, pemantauan dilakukan selama persalinan.
- Penurunan bagian terbawah janin, Pada kolom yang mencatat penurunan bagian terbawah janin angka 1-5 disesuaikan dengan metode perlimaan, pencatatan didokumentasiakan menggunakan lambang "O".
- Kontraksi Uterus, kolom kontraksi uterus berada tepat dibawah kolom untuk pencatatan penurunan bagian terbawah janin. Pencatatan kolom kontraksi uterus dilakukan setiap 30 menit sekali selama 10 menit. Selama 10 menit bidan akan mencatat

The graph shows the relationship between time (Waktu) and distance (jarak) for two objects, Waspada and Berhenti. The x-axis represents time in minutes (0 to 16), and the y-axis represents distance in kilometers (0 to 10). Waspada starts at (0, 4) and moves linearly to (10, 10). Berhenti starts at (4, 4) and moves linearly to (10, 10).

c. Kondisi Ibu

- Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Dan Bayi Baru Lahir* 107

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : ☐ rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk:
7. Tempat rujukan:
8. Pendamping pada saat merujuk :
☐ Bidan ☐ Teman
☐ Suami ☐ Dukun
☐ Keluarga ☐ Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :

11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
12. Hasilnya :

Gambar 6.5. Catatan Persalinan Kala I

3. Kala II terdiri dari tindakan episiotomi, pendamping persalinan, gawat janin, distosia bahu, masalah lain, penatalaksanaan dan hasilnya. Diberi tanda (√) pada kotak disamping jawaban yang sesuai.

KALA II

13. Episiotomi :
☐ Ya, Indikasi
☐ Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan
☐ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada
☐ Keluarga ☐ Dukun
15. Gawat Janin :
☐ Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
☐ Tidak
16. Distosia bahu :
☐ Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
☐ Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

Gambar 6.6. Catatan Persalinan Kala II

4. Kala III terdiri dari lama kala III, pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, pemijatan fundus, plasenta lahir lengkap, plasenta tidak lahir lebih dari 30 menit, laserasi, atonia uteri, jumlah perdarahan, masalah lain, penatalaksanaan dan hasilnya. Isi jawaban pada tempat yang telah disediakan dan beri tanda “√” pada kotak disamping jawaban yang sesuai.

KALA III

- | | |
|--|---|
| 20. Lama kala III :menit | 24. Masase fundus uteri ?
☐ Ya.
☐ Tidak, alasan |
| 21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
☐ Ya, waktu : menit sesudah pe
☐ Tidak, alasan | 25. Plasenta lahir lengkap (<i>intact</i>) Ya / Tidak
Jika tidak lengkap, tindakan yang dilaku
a.
b. |
| 22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
☐ Ya, alasan
☐ Tidak | 26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya /
☐ Ya, tindakan :
a.
b.
c. |
| 23. Penegangan tali pusat terkendali ?
☐ Ya,
☐ Tidak, alasan | 27. Laserasi :
☐ Ya, dimana
☐ Tidak. |
| | 28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
Tindakan :
☐ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
☐ Tidak dijahit, alasan |
| | 29. Atoni uteri :
☐ Ya, tindakan
a.
b.
c.
☐ Tidak |
| | 30. Jumlah perdarahan : |
| | 31. Masalah lain, sebutkan |
| | 32. Penatalaksanaan masalah tersebut : |
| | 33. Hasilnya : |

Gambar 6.7. Catatan Persalinan Kala III

5. Informasi tentang bayi baru lahir terdiri dari berat badan dan panjang badan, jenis kelamin, penilaian kondisi bayi baru lahir, pemberian ASI, masalah lain, penatalaksanaan dan hasilnya. Isi jawaban pada tempat yang disediakan serta beri tanda “√” pada kotak disamping jawaban yang sesuai.

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badangram
35. Panjang cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
☐ Normal, tindakan :
☐ mengeringkan
☐ menghangatkan
☐ rangsang taktil
☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
☐ Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas/,tindakan :
☐ mengeringkan ☐ bebaskan jalan napas
☐ rangsang taktil ☐ menghangatkan
☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
☐ lain - lain sebutkan
☐ Cacat bawaan, sebutkan :
☐ Hipotermi, tindakan :
a.
b.
c.
39. Pemberian ASI
☐ Ya, waktu :jam setelah bayi lahir
☐ Tidak, alasan
40. Masalah lain,sebutkan :
Hasilnya :

Gambar 6.8. Pencatatan Bayi Baru Lahir

6. Kala IV berisi data tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan. Pemantauan pada kala IV ini sangat penting, terutama untuk menilai deteksi dini risiko atau terjadi perdarahan pasca persalinan. Pengisian pemantauan kala IV dilakukan setiap 15 menit pada 1 jam pertama setelah melahirkan, dan setiap 30 menit pertama pada 1 jam berikutnya. Isi setiap kolom sesuai dengan heasil pemeriksaan dan jawab pertanyaan mengenai masalah kala IV pada tempat yang telah disediakan (Silviana YP, 2017).

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1								
2								

Masalah kala IV :
Penatalaksanaan masalah tersebut :
Hasilnya :

Gambar 6.9. Pemantauan Persalinan Kala IV

DAFTAR PUSTAKA

- Bonet, M. 2019. Diagnostic accuracy of the partograph alert and action lines to predict adverse birth outcomes: a systematic review. 1–10. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15884>
- Dalal, A. R., & Purandare, A. C. 2018. The Partograph in Childbirth : An Absolute Essentiality or a Mere Exercise. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 68(1), 3–14. <https://doi.org/10.1007/s13224-017-1051-y>
- Ginting. 2017. Tingkat Pengetahuan Mahasiswa Diii Kebidanan Semester Kebidanan Abdurahman Palembang Tahun 2017. 6(2), 23– 28.
- Kepmenkes RI. 2007. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 369/MENKES/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Bidan. Jakarta: Kemenkes RI.
- Legawati. 2018. *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Wineka Media.
- Markos. 2020. Partograph Utilization and Associated Factors among Obstetric Care Providers Working in Public Health Facilities of Wolaita Zone, 2017. 2020, 1–8.
- Pengurus Pusat IBI. 2021. *Modul Midwifery Update*. Jakarta: Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia.
- Silviana Yanuardi Putri, L. N. F. 2017. Tingkat Pengetahuan Bidan Tentang Partograf Di Kecamatan Tawangmangu. *Maternal*, 7, 128–143.
- Widyastuti, R. 2021. *Asuhan Kebidanan dan Bayi Baru Lahir*. Penerbit Media Sains Indonesia.

BAB 7

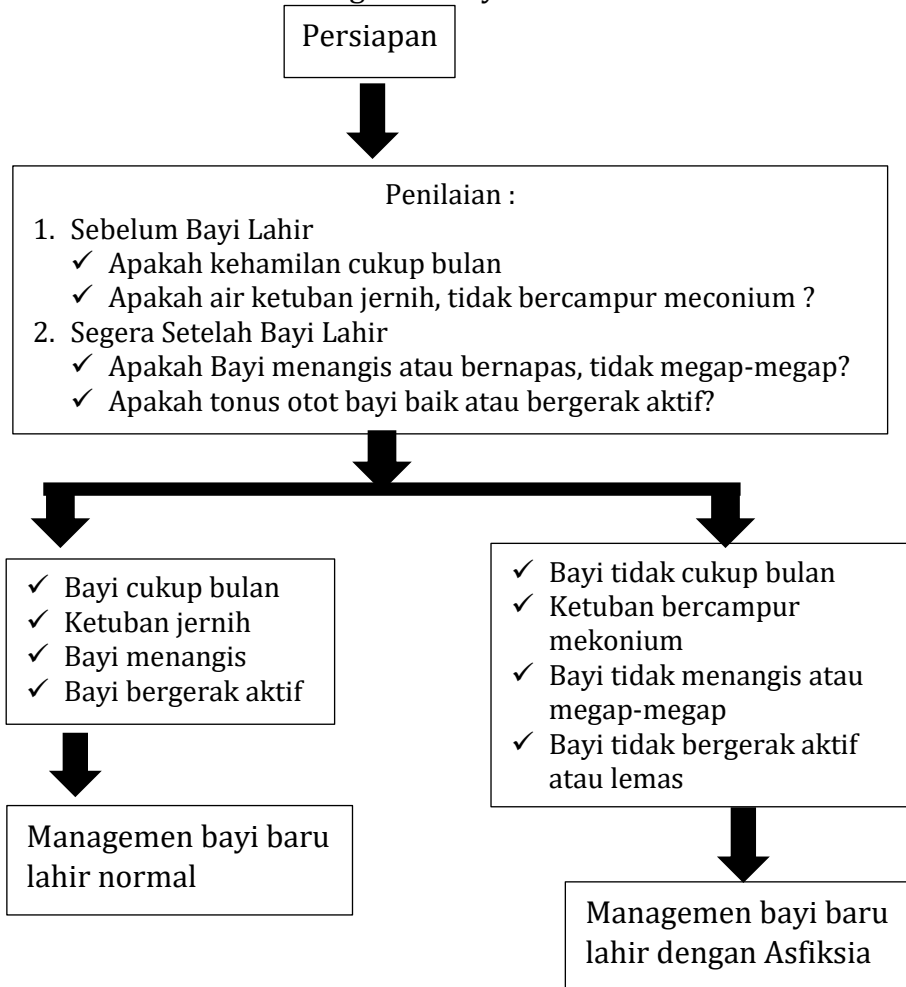
ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR NORMAL 1 JAM

Oleh Rila Rindi Antina

7.1 Pendahuluan

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir normal adalah asuhan yang dilaksanakan pada bayi segera setelah kelahiran. Pada manajemen penilaian bayi baru lahir normal perlu dilakukan penilaian terlebih dahulu sebelum asuhan diberikan untuk menentukan asuhan kebidanan yang tepat dan asuhan yang diperlukan sesuai kebutuhan bayi baru lahir (Depkes RI, 2009). Beberapa penilaian yang perlu dilakukan kepada bayi segera setelah lahir adalah kondisi bayi saat itu, apakah bayi menangis atau bernapas atau megap-megap, apakah tonus otot bayi baik atau bayi bergerak aktif kemudian penilaian selanjutnya dilanjutkan dengan penilaian bayi dipastikan lahir cukup bulan dan ketuban jernih. Beberapa penilaian tersebut harus dilakukan untuk memastikan bayi mendapatkan manajemen asuhan kebidanan secara normal yakni perawatan neonatus esensial pada saat lahir, jika salah satu penilaian diatas terdapat hasil yang tidak sesuai maka asuhan yang dilaksanakan adalah manajemen asuhan kebidanan sesuai dengan masalah yang dihadapi yaitu asfiksia (Kemenkes RI, 2010).

Berikut adalah alur manajemen bayi baru lahir :



Sumber : Kemenkes RI,

7.2 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir Normal

Berdasarkan Kemenkes RI (2010), berikut adalah beberapa asuhan kebidanan yang diberikan pada bayi baru lahir normal antara lain:

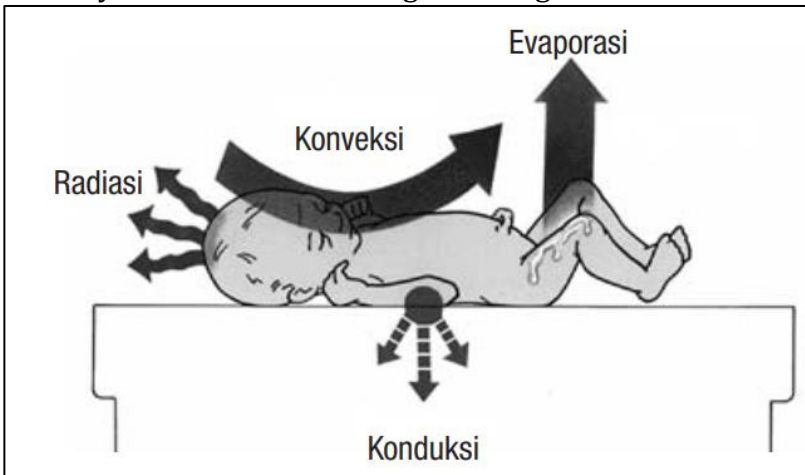
7.2.1 Menjaga Kehangatan Bayi

Bayi baru lahir sangat rentang terjadi hipotermia, sehingga kehangatan bayi harus tetap terjaga terutama pencegahan hipotermia bayi karena akibat mekanisme kehilangan panas. Bayi baru lahir sebisa mungkin dilakukan pencegahan kehilangan panas melalui cara evaporasi (misalnya karena tidak segera dikeringkan segera setelah lahir sehingga terjadi penguapan panas karena air ketuban yang menempel dipermukaan kulit bayi), konduksi (misalnya kehilangan panas karena akibat permukaan kulit bayi bersentuhan langsung dengan permukaan timbangan atau tempat tidur yang dingin karena tidak dialasi kain), konveksi (misalnya kehilangan panas karena bayi ditempatkan diruangan dengan suhu yang dingin seperti ruangan ber AC) dan radiasi (misalnya mekanisme kehilangan panas karena bayi diletakkan di dekat jendela atau dekat dengan benda yang bersuhu lebih dingin daripada suhu tubuh bayi walaupun tanpa bersentuhan secara langsung). Untuk menjaga kehangatan bayi maka perlu diperhatikan hal-hal tersebut diatas sehingga bayi tidak terjadi hipotermia.

Beberapa tindakan berikut bisa dilakukan pada saat melakukan perawatan bayi baru lahir untuk mencegah bayi kehilangan panas diantaranya :

1. Lakukan IMD (inisiasi menyusui dini) pada bayi dan melakukan kontak kulit secara langsung dengan kulit ibu dengan meletakkan bayi di perut atau dada ibu.
2. Bayi diletakkan di dalam ruangan yang hangat dan dengan pakaian yang kering dan hangat.
3. Melakukan rawat gabung antara ibu dan bayi.

4. Memastikan seluruh bahan dan peralatan yang digunakan pada bayi dalam kondisi kering dan hangat.



Gambar 7.1. Mekanisme Kehilangan Panas Pada Bayi Baru Lahir

(Sumber : *WHO/RHT/MSM/97-2*)

7.2.2 Pemotongan dan Perawatan Talipusat

Bayi baru lahir sangat rentan terkena infeksi sehingga pada saat pemotongan dan perawatan talipusat harus dipastikan dalam kondisi bersih dan menggunakan alat yang steril (DTT) sehingga mencegah terpaparnya talipusat bayi dengan penyebab infeksi akibat perawatan yang diberikan. Berikut ini adalah langkah-langkah yang bisa diterapkan dalam melakukan perawatan talipusat pada bayi baru lahir:

1. Sebelum dan sesudah melakukan perawatan harus selalu mencuci tangan.
2. Talipusat dibiarkan kering tanpa diolesi atau diberikan bahan apapun termasuk larutan betadine dan alkohol karena akan menyebabkan talipusat lembab dan basah serta beresiko sulit kering dan mudah terjadi infeksi.

3. Hindarkan kemungkinan talipusat terkena kencing bayi, jadi perlu dipastikan posisi talipusat diatas popok bayi.
4. Pastikan talipusat tetap kering dan terlepas dengan sendirinya.
5. Jika talipusat kotor terkena kencing atau BAB bayi maka segera cuci dengan air DTT dan segera keringkan kembali
6. Selalu amati dan perhatikan timbulnya tanda-tanda infeksi pada talipusat bayi seperti adanya bau yang busuk (menyengat), bagian sekitar talipusat kemerahan, puntung talipusat mengeluarkan cairan atau nanah. Jika tanda-tanda tersebut muncul anjurkan ibu untuk membawa bayi segera ke fasilitas kesehatan.

7.2.3 Pelaksanaan IMD (Inisiasi Menyusui Dini)

Menurut Handy (2010), pelaksanaan inisiasi menyusui dini memberikan banyak manfaat pada bayi, selain untuk menjaga kehangatan bayi baru lahir, pelaksanaan IMD juga membantu pencapaian program ASI eksklusif serta meningkatkan pemberian nutrisi, kasih sayang dan rangsangan motorik pada bayi (ASUH, ASIH, ASAH). Beberapa hal-hal yang harus diperhatikan pada pelaksanaan IMD (inisiasi menyusui bayi) antara lain adalah sebagai berikut:

1. Pada saat melaksanakan IMD dipastikan kontak kulit antara bayi dan ibu sudah berlangsung minimal 1 jam
2. Tetap menjaga kehangatan bayi selama proses IMD berlangsung
3. Bayi dibiarkan tetap di dada atau perut ibu sampai berhasil menemukan puting susu sendiri dan berhasil menyusui sendiri.
4. Jika bayi belum berhasil menyusui dalam 1 jam maka asuhan kebidanan bayi baru lahir normal lainnya ditunda sampai bayi menyusui 1 jam atau bayi bisa di pindahkan atau rawat

gabung bersama ibu dengan tetap mempertahankan kontak kulit dengan ibu.

Tabel 7.1. Lima Perilaku Bayi Pada Saat Menyusui

Langkah	Perilaku yang Teramati	Perkiraan Waktu
1	<i>Bayi beristirahat dan melihat</i>	<i>30-40 menit pertama</i>
2	Bayi mulai mendecakkan bibir dan membawa jarinya ke mulut	40-60 menit setelah lahir dengan kontak kulit terus menerus tanpa terputus
3	<i>Bayi mengeluarkan air liur</i>	
4	Bayi menendang, menggerakkan kaki, bahu, lengan dan badannya ke arah dada ibu dengan mengandalkan indra penciumannya	
5	<i>Bayi meletakkan mulutnya ke puting ibu</i>	

Sumber : Kemenkes RI, 2010

7.2.4 Mencegah Terjadinya Perdarahan Pada Bayi Baru Lahir

Pada bayi baru lahir rentan terjadi perdarahan baik perdarahan ringan maupun berat karena sistem pembekuan darah pada bayi baru lahir belum terbentuk dengan sempurna. Pemberian suntikan vitamin K yang dilakukan setelah pelaksanaan IMD dan sebelum suntikan imunisasi hepatitis B diberikan pada bayi bertujuan mencegah terjadinya perdarahan pada bayi baru lahir.

7.2.5 Mencegah Terjadinya Infeksi Mata Pada Bayi Baru Lahir

Pemberian salep mata atau tetes mata tetrasiklin 1% pada mata bayi merupakan tindakan pencegahan terjadinya infeksi mata pada bayi baru lahir. Pemberian salep mata atau tetes mata dilakukan setelah bayi dilakukan IMD atau berhasil menyusu 1 jam setelah lahir. Dalam pemberian salep mata pada bayi harus memperhatikan beberapa petunjuk berikut :

1. Sebelum memberikan salep mata atau antibiotik pada mata bayi harus dipastikan sudah cuci tangan dengan sabun dan air mengalir serta tangan dalam kondisi kering.
2. Pemberian salep mata di posisikan di bagian kelopak mata bagian bawah dengan cara menarik kelopak mata ke bawah.
3. Berikan salep mata 1 garis dimulai dari titik mata terdekat dengan hidung sampai dengan titik terjauh mata (ujung mata).
4. Berikan salep atau tetes mata dimana ujung tabung tanpa menyentuh bagian mata bayi.
5. Setelah pemberian salep atau tetes mata, biarkan salep atau obat hilang sendirinya tanpa perlu hapus atau dibersihkan.

7.2.6 Pemberian Imunisasi Pada Bayi

Pemberian imunisasi pada bayi baru lahir bertujuan untuk mencegah infeksi hepatitis B yang biasanya terjadi akibat penularan infeksi dari ibu ke bayi selama proses persalinan atau penularan infeksi dari orang lain (petugas) atau lingkungan (kontaminasi hepatitis B) terhadap bayi oleh penderita hepatitis atau *carrier* hepatitis B (Depkes RI, 2009). Pemberian imunisasi hepatitis B diberikan 1 jam setelah bayi diberikan injeksi atau suntikan vitamin K setelah proses IMD berhasil atau semaksimal mungkin sebelum 24 jam setelah persalinan berlangsung (Kemenkes RI, 2010; WHO, 2022).

7.2.7 Pemeriksaan Fisik Pada Bayi Baru Lahir

Pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir merupakan asuhan yang sangat penting dilakukan karena dengan pelaksanaan pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir kita bisa menentukan kelainan-kelainan yang di alami oleh bayi baru lahir sehingga bisa menentukan asuhan yang akan diberikan. Pada 24 jam pertama kehidupan bayi baru lahir sangat rentan terjadinya resiko kematian jika kelainan tidak ditemukan sedini mungkin (Lissauer, 2011). Berikut ini merupakan langkah-langkah pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir :

1. Sebelum melaksanakan pemeriksaan fisik di dahului dengan anamnesis terlebih dahulu tentang data-data yang berkaitan dengan kesehatan ibu bayi dan keluarganya meliputi : keluhan bayi, data kesehatan ibu dan keluarga yang berpengaruh terhadap bayi, riwayat persalinan bayi (seperti jenis persalinan, indikasi, air ketuban, komplikasi selama persalinan dll), kebiasaan menyusui bayi dan riwayat BAB dan BAK bayi.
2. Pemeriksaan fisik dilakukan menunggu bayi dalam keadaan tenang dan dilakukan dengan tetap memperhatikan kenyamanan dan kehangatan bayi selama pemeriksaan dilakukan.
3. Pemeriksaan fisik dilakukan secara *head to toe* melihat secara keseluruhan baik inspeksi, palpasi, perkusi maupun auskultasi pada setiap bagian tubuh bayi yang diperiksa.
4. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan membandingkan hasil pemeriksaan dengan nilai keadaan normal seharusnya dari setiap bagian tubuh bayi yang diperiksa.
5. Pemeriksaan fisik yang dilakukan meliputi : pemeriksaan postur tubuh, tonus otot dan aktivitas, pemeriksaan kulit, pernapasan, denyut jantung dan suhu, pemeriksaan bagian kepala, mata dan mulut, pemeriksaan perut dan talipusat, pemeriksaan punggung dan tulang belakang, pemeriksaan

anus dan alat kelamin bayi, pemeriksaan ekstremitas, pemeriksaan antropometri bayi yang meliputi ukuran berat badan, panjang badan, lingkaran kepala, lingkaran lengan, lingkaran dada serta pemeriksaan cara menyusui bayi.

6. Hasil pemeriksaan fisik bayi langsung dicatat dalam formulir pemeriksaan bayi baru lahir yang akan disimpan di catatan rekam medis atau di buku KIA. Jika didapatkan hasil yang tidak normal dalam pemeriksaan fisik yang dilakukan maka dituliskan dalam lembar pemeriksaan lanjutan atau pemeriksaan lebih lanjut.

7.2.8 Persiapan Bayi Baru Lahir Normal Pulang

Setelah dilakukan asuhan dan pemeriksaan bayi baru lahir dan dipastikan kondisi bayi baru lahir normal dan tidak didapatkan hasil pemeriksaan abnormal atau terjadinya kelainan, maka dalam 24 jam pertama setelah persalinan bayi bisa diperbolehkan pulang (Sengupta, *et al.* 2013). Sebelum bayi dipulangkan petugas kesehatan akan memberikan beberapa konseling terkait beberapa hal yang harus ibu atau keluarga perhatikan terkait keadaan bayi pada saat bayi berada di rumah antara lain adalah sebagai berikut :

1. Petugas kesehatan akan memberikan konseling tentang tanda bahaya yang bisa terjadi pada neonatus (usia bayi 1-28 hari). Beberapa tanda bahaya pada neonatus antara lain : bayi tidak mau menyusui atau kesulitan minum, bayi mengalami kejang, napas bayi sangat cepat ($>60x/\text{menit}$) atau sangat lambat ($<30x/\text{menit}$), bayi merintih dan terlihat tarikan dinding dada atau intercosta, bayi demam (suhu $>37,5$) atau bayi kedinginan (suhu <36), terdapat nanah di daerah mata atau pusar bayi, bayi mengalami diare, kulit bayi terlihat kuning misalnya pada bagian telapak tangan atau kaki.
2. Petugas akan menginformasikan jadwal kunjungan neonatus selanjutnya. Kunjungan neonatal pertama biasanya

dilaksanakan setelah 48 jam setelah kepulangan bayi, kemudian kunjungan neonatal kedua dilakukan pada 3-7 hari, sedangkan kunjungan ketiga neonatal dilaksanakan pada 8-28 hari.

DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes RI. 2010. *Buku Saku Pelayanan Neonatal Essensial Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Handy F, 2010. *Panduan Menyusui dan Makanan Sehat Bayi*. Jakarta: Puspa Swara.
- Depkes RI, 2009 (a). *Kumpulan Buku Acuan Kesehatan Bayi Baru Lahir*. Jakarta.
- Depkes RI, 2009 (b). *Pedoman Teknis: Pemberian Vitamin K1 Profilaksis Pada Bayi Baru Lahir*. Jakarta.
- WHO & UNICEF, *Breastfeeding Counselling: A training Course*. WHO/CDR/93.4
- WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. World Health Organization. 2022.
- Sengupta S, Carrion V, Shelton J, et al. 2013. *Adverse neonatal outcomes associated with early-term birth*. JAMA Pediatr 167:105.
- Lissauer T. Physical examination of the newborn. 2011. In: *Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of the Fetus and Infant, 9th, Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC (Eds)*. Elsevier Mosby : St. Louis.

BAB 8

PERTOLONGAN PERSALINAN NORMAL

Oleh Mella Yuria R.A.

8.1 Pendahuluan

Persalinan normal menurut WHO (*World Health Organization*) adalah persalinan yang dimulai secara spontan, beresiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan, bayi lahir secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan 37-42 minggu lengkap dan setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat (JNPK-KR Depkes RI, 2012).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42), lahir spontan dengan presentase belakang kepala berlangsung dalam 18-24 jam tanpa komplikasi baik pada ibu ataupun janin (Prawirohardjo, 2014).

Asuhan Persalinan Normal bertujuan untuk menjamin kelangsungan hidup dan kesehatan bagi ibu dan bayi, melalui upaya yang komprehensif dengan intervensi yang sedikit mungkin sehingga dapat menjaga keamanan dan kualitas pelayanan yang optimal (APN, 2014).

8.2 Prinsip Lima Benang Merah

Dalam asuhan persalinan bersih dan aman terdapat lima aspek dasar:

8.2.1 Pengambilan Keputusan Klinik

Data yang dikumpulkan dalam pelayanan kebidanan harus memenuhi kriteria sebagai berikut :

- a. Data harus akurat
Data yang didapatkan sesuai dengan apa yang diperoleh dari pasien, sehingga pada saat pengambilan keputusan klinik dapat tepat dan efektif.
- b. Kemampuan analisis
Bidan harus memiliki kemampuan analisis yang tinggi mengenai masalah, data subjektif dan objektif.
- c. Pengetahuan esensial
Pengetahuan yang dimiliki oleh seorang bidan baik pengetahuan formal dan juga non formal.
- d. Pengalaman yang relevan
Bidan sebaiknya memiliki pengalaman yang cukup dan relevan dengan bidang yang ditekuninya sehingga bidan dapat mengambil keputusan klinik yang tepat dan efektif.
- e. Memiliki intuisi
Intuisi yang tinggi sangat diperlukan dalam proses pengambilan asuhan yang diberikan dalam penentuan masalah.

8.2.2 Asuhan Sayang Ibu dan Bayi

Hak-hak Klien Pada Asuhan Sayang Ibu dan Bayi Pada Persalinan :

1. Memberi pelayanan kepada ibu dengan ramah dan penuh perhatian.
2. Memberikan semangat dan dukungan kepada ibu.
3. Meminta keluarga mendampingi ibu selama proses persalinan.

4. Memberi kesempatan bagi ibu untuk memilih posisi meneran sesuai yang diinginkan.
5. Memberi asupan nutrisi yang cukup bagi ibu, seperti makan dan minum di setiap proses persalinan.
6. Melakukan rawat gabung ibu dan bayinya.
7. Membimbing ibu untuk memeluk bayinya dan sesegera mungkin memberikan Air Susu Ibu (ASI), diupayakan pemberiannya dilakukan kurang dari 1 jam atau biasa disebut Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
8. Memantau kondisi ibu dan bayi setelah melahirkan.
9. Memberikan asupan nutrisi setelah melahirkan.
10. Menganjurkan ibu untuk beristirahat setelah melahirkan.
11. Mengajarkan ibu dan keluarga atau suami mengenali tanda dan gejala bahaya yang mungkin terjadi.
12. Mengajarkan ibu, keluarga dan suami cara untuk pertolongan di saat terjadi hal yang berbahaya.

8.2.3 Pencegahan Infeksi

Tujuan pencegahan infeksi pada persalinan adalah meminimalkan infeksi yang mungkin terjadi yang disebabkan oleh mikroorganisme dan menurunkan resiko terjadinya penularan penyakit yang mengancam jiwa, seperti penyakit hepatitis dan HIV/AIDS.

Prinsip-prinsip Pencegahan Infeksi :

1. Setiap orang dianggap dapat menularkan penyakit infeksi.
2. Setiap orang harus dianggap berisiko terkena infeksi
3. Permukaan benda atau alat yang bersentuhan dengan permukaan kulit/mukosa/darah harus diproses secara benar.
4. Bila tidak diketahui telah diproses, maka dianggap masih terkontaminasi.
5. Risiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, namun dapat dikurangi hingga sekecil mungkin.

8.2.4 Pencatatan (Dokumentasi)

Hal-hal yang perlu diingat oleh seorang bidan mengenai dokumentasi adalah :

1. Catat semua data : hasil pengumpulan data, pemeriksaan, diagnosis, obat-obatan yang diberikan, serta semua asuhan yang diberikan pada ibu dan bayi.
2. Jika tidak dicatat, dapat dianggap bahwa asuhan tersebut tidak dilakukan.
3. Pastikan setiap partograf telah diisi dengan lengkap, benar dan tepat waktu, serta sebelum persalinan dan sesudah persalinan berlangsung.

8.2.5 Rujukan

Rujukan adalah kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir.

Rujukan efektif adalah rujukan dengan prinsip BAKSOKUDA yaitu :

- B (Bidan) : Pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk memiliki penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetrik dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas kesehatan.
- A (Alat) : Bawakan perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, nifas, bayi baru lahir (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi dan lain-lain) bersama ibu ke tempat rujukan.
- K (Keluarga) : Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi, mengapa perlu dirujuk, jelaskan alasan dan tujuan merujuk kepada suami dan keluarga.
- S (Surat) : Berikan ke tempat rujukan. Surat berikan kondisi ibu dan bayi baru lahir, cantumkan

- alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat yang diberikan kepada ibu dan bayi jangan lupa sertakan partograf.
- O (Obat) : Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke tempat rujukan. Obat-obatan mungkin akan diperlukan selama perjalanan.
- K (Kendaraan) : Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi yang cukup nyaman. Selain itu pastikan bahwa kondisi kendaraan itu cukup baik untuk mencapai tempat rujukan dalam waktu yang tepat.
- Uang (U) : Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperiukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperiukan selama ibu dan/atau bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.
- Darah (Da) : Siapkan darah sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien.

8.3 Penatalaksanaan Proses Persalinan

Tatalaksana asuhan persalinan normal tergabung dalam 60 langkah APN, yaitu :

Tabel 8.1. 60 langkah APN

NO	KEGIATAN
(1)	(2)
1.	Mengenali gejala dan tanda kala II • Ibu mempunyai keinginan untuk meneran. • Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina. • Perineum menonjol. • Vulva – vagina dan sfingter ani membuka
2.	Menyiapkan pertolongan persalinan Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkantabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3.	Memakai alat perlindungan diri seperti memakai celemek plastik, topi, masker, kacamata, sepatu tertutup.
4.	Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
5.	Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6.	Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (dengan menggunakan sarung tangan DTT atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah DTT atau atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik.

NO	KEGIATAN
(1)	(2)
7.	Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi cairan DTT Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar-benar Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan
8.	Dengan menggunakan tehknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. (Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, maka lakukan amniotomi).
9.	Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan
10.	Memeriksa DJJ setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-160 kali/menit). Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

NO	KEGIATAN
(1)	(2)
	Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf
11.	Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan meneran. Memberitahu ibu bahwa pembukaan lengkap dan keadaan janin baik. Membawa ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
12.	Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengahduduk dan pastikan ia merasa nyaman)
13.	Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran: • Bimbing, dukung dan beri semangat • Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi • Berikan cukup asupan cairan per oral (minum) • Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai Rujuk jika belum lahir atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2jam) meneran pada primigravida dan 60 menit (1 jam) pada Multigravida
14.	Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.
15.	Persiapan pertolongan kelahiran bayi Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi

NO	KEGIATAN
(1)	(2)
16.	Meletakkan kain yang bersih dilipat sepertiga bagian di bawah bokong ibu.
17.	Membuka partus set, perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
18.	Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
19.	Menolong kelahiran bayi Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir
20.	Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan meneruskan segera proses kelahiran bayi. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi. Jika tali pusat melilit leher janin dengan kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara kedua klem tersebut.
21.	Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22.	Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik

NO	KEGIATAN
(1)	(2)
	ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior
23.	Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan.
24.	Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
25.	Penanganan bayi baru lahir Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik) Kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan)
26.	Mengeringkan tubuh bayi, mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Letakkan bayi di atas perut ibu.
27.	Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
28.	Beritahu ibu bahwa ia akan di suntik oksitosin agar uterus dapat berkontraksi dengan baik.

NO	KEGIATAN
(1)	(2)
29.	Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (Intra Muskular) dipaha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
30.	Menjepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulah dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
31.	Melakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat, yaitu: Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut. Lakukan pemotongan tali pusat dalam waktu 2 menit, karena pada waktu itu masih ada proses auto tranfusi. Mengikat tali pusat dengan klem plastik/benang DTT. Melepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang disediakan
32.	Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibumenghendakinya.
33.	Penatalaksanaan aktif kala III Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm darivulva.
34.	Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu di tepi atas

NO	KEGIATAN
(1)	(2)
	simfisis untuk mendeteksi perlekatan plasenta pada dindinguterus, sementara tangan yang lain menegangkan tali pusat.
35.	Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang-atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, kemudian ulangi prosedur diatas. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik; minta ibu , suami, atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
36.	Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati. Melakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hinggaplasenta terlepas, minta ibu meneran sambil menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas mengikutiporos jalan lahir (sambil tetap melakukan tekanan dorso kranial).
37.	Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin, kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika terdapat selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput, kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem steril untuk

NO	KEGIATAN
(1)	(2)
	mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
38.	Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus. Meletakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar hingga uterus berkontraksi (fundus terasa keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik tindakan masase.
39.	Memeriksa kedua sisi plasenta, baik bagian ibu maupun bayi, pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta ke dalam tempat khusus.
40.	Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami persarahan aktif.
41.	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan per vaginam.
42.	Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%. Membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air DTT dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
43.	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan kandung kemih kosong.
44.	Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan <i>massase</i> uterus dan menilai kontraksi.
45.	Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
46.	Memeriksa tekanan darah, nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan

NO	KEGIATAN
(1)	(2)
47.	Pantau keadaan bayi dan pastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit).
48.	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (selama 10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
49.	Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
50.	Bersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
51.	Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makananyang diinginkan
52.	Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%
53.	Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar, rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit.
54.	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
55.	Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik pada bayi.
56.	Dalam 1 jam pertama, beri salep mata/tetes mata profilaksis infeksi, vitamin K 1 mg IM dipaha kiri bawah lateral, pemeriksaanfisik bayi baru lahir, pernapasan bayi, nadi dan temperatur.
57.	Setelah 1 jam pemberian vitamin K, berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan bawah lateral.

NO	KEGIATAN
(1)	(2)
58.	Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59.	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk.
60.	Dokumentasi (Lengkapi partograf)

Sumber: Nurjasmi, dkk (2016)

DAFTAR PUSTAKA

- APN, 2014. Buku Acuan Persalinan Normal. Jakarta: JNPK- KR.
 JNPK-KR. 2017. Asuhan Persalinan Normal. Jakarta: Departemen Kesehatan Indonesia
 Nurjasmi, Dr. Emi. 2016. Buku Acuan Midwifery Update. Cetakan Pertama. Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia. Jakarta
 Prawirohardjo, Sarwono. 2014. Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

BAB 9

DETEKSI DINI KEGAWATDARURATAN, KOMPLIKASI DAN PENANGANAN AWAL KEGAWAT DARURATAN, PENYULIT, KOMPLIKASI YANG TERJADI DALAM KALA I,II, III DAN IV PERSALINAN

Oleh Bintang Petralina

9.1 Pendahuluan

Pembangunan kesehatan merupakan salah satu usaha dilakukan oleh seluruh bangsa Indonesia yang tujuannya untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi individu untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Upaya program pemerintah yang berkesinambungan secara terus menerus menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan.

Sasaran pembangunan kesehatan yang ingin dicapai pada tahun 2025 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat dengan indikator menurunnya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Dalam RPJMN tahun 2024 menetapkan target AKI 183 per 100.000 KH, namun target tersebut masih menjadi salah satu yang tertinggi di antara negara-negara berkembang dan berpenghasilan menengah kebawah dan harus dicapai dengan strategi dan inovasi guna percepatan.

Kematian ibu di Indonesia, kemungkinan dapat dicegah (seperti hipertensi dalam kehamilan, perdarahan, komplikasi, dan infeksi). Masalah – masalah yang timbul dalam masa

kehamilan, bersalin dan nifas jika tidak tertangani dengan baik akan berdampak pada kesehatan ibu dikemudian hari.

Trias keterlambatan merupakan penyebab terjadinya kematian maternal yaitu terlambat merujuk, terlambat mencapai tempat rujukan, dan terlambat mendapat pertolongan yang adekuat di tempat rujukan. Dua penyebab kematian yang pertama sering ditemukan di negara-negara berkembang. Terlambat merujuk kemungkinan bisa terjadi karena terlambat mendeteksi adanya tanda bahaya/komplikasi pada ibu hamil, bersalin dan nifas.

9.2 Pengertian

Deteksi dini adalah kegiatan melakukan sesuatu hal untuk memastikan anggapan sesuai dengan kenyataan, saat ini lebih dikenal dengan istilah screening. Keadaan darurat adalah insiden yang tiba-tiba, tidak terduga, dan seringkali berbahaya. Definisi lain dari keadaan darurat adalah situasi yang signifikan, terkadang berbahaya yang muncul tidak terduga bahkan cenderung tiba-tiba sehingga memerlukan tindakan penyelamatan nyawa dengan cepat. Komplikasi adalah: penyakit yang baru timbul kemungkinan besar menjadi tambahan pada penyakit yang sudah ada sebelumnya.

Penanganan awal kegawatdaruratan adalah serangkaian usaha-usaha pertama sekali yang dapat dilakukan pada kondisi kegawatdaruratan guna menyelamatkan jiwa. Penyulit merupakan sesuatu hal menjadikan sulit. Arti lainnya dari penyulit adalah penyakit lain yang menambah suatu penyakit yang sudah diderita oleh seseorang. Pendapat lain mengemukakan komplikasi adalah penyakit yang baru timbul kemudian sebagai tambahan pada penyakit yang sudah ada.

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan 37-42

minggu tanpa disertai penyulit. Persalinan dimulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum dapat dikatakan inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan atau pembukaan pada serviks

Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan secara kompetensi dan kewenangan mampu melaksanakan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pascapersalinan, masa nifas, serta asuhan pascakeguguran dan dilanjutkan dengan rujukan

Untuk mendukung upaya penurunan kejadian morbiditas dan mortalitas karena kegawatdaruratan maternal dan neonatal, bidan sebagai pemberi pelayanan kebidanan di garda terdepan diharapkan memiliki kemampuan analisis dengan kritis yang tinggi dalam pencegahan dan penanganan kasus penyebab terjadinya kegawatdaruratan maternal neonatal, serta kompeten mengambil keputusan klinis yang tepat dan cepat. Bidan bertanggung jawab dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada kasus - kasus komplikasi kedaruratan maternal neonatal, sehingga keterlambatan penanganan maupun keterlambatan rujukan dapat di hindari

9.3 Deteksi Dini Kegawatdaruratan, Komplikasi Dan Penanganan Awal Kegawat Daruratan, Penyulit, Komplikasi Yang Terjadi Dalam Kala I,Ii, Ii Dan Iv Persalinan

Dalam Persalinan terdapat 4 kala dan kegawatdaruratan, komplikasi dan penyulit selama masa ini sebagian bisa di deteksi pada masa kehamilan seorang perempuan. Berikut penjelasan terkait kala persalinan dan masalah/penyulit yang bisa timbul dalam proses persalinan yang menjadi kegawatdaruratan dan

memerlukan penanganan segera oleh bidan yang kompeten sesuai dengan kewenangannya tetap dengan TIM.

1. Kala I persalinan

Kala I persalinan atau kala pembukaan dimulai sejak adanya tanda-tanda inpartu sampai pembukaan lengkap (10)

Fase-fase dalam kala I persalinan : fase laten dan fase aktif

Fase laten pada kala I persalinan :

- a. Diawali dengan adanya kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap
- b. Terjadi sampai serviks mengalami pembukaan kurang dari 4 cm
- c. Pada umumnya selama 6 – 8 jam

Fase aktif pada kala I persalinan :

- a. Frekuensi dan lama kontraksi mengalami peningkatan secara bertahap dan dianggap adekuat jika terjadi 3 x atau lebih dalam waktu 10 menit dan selama 40 detik atau lebih
- b. Pembukaan serviks 4 cm atau lebih.
- c. Bagian terbawah janin mengalami penurunan

Penolong persalinan harus tetap waspada bilamana timbul masalah atau penyulit. Bidan melakukan anamnesa dan pemeriksaan dengan teliti untuk menyeleksi adanya risiko kegawat daruratan dan penyulit antara lain :

- a. Ibu pernah mengalami persalinan dengan bedah Caesar
- b. Perdarahan pervaginam
- c. Persalinan prematur (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
- d. Ketuban Pecah dengan Mekonium Kental
- e. Ketuban Pecah Lama (> 24 jam)
- f. Ketuban Pecah pada Persalinan Kurang Bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
- g. Ikterus
- h. Anemia Berat

- i. Tanda/ gejala Infeksi
- j. Hipertensi Dalam Kehamilan/Pre eklamsia
- k. Tinggi Fundus Uteri 40 cm atau lebih
- l. Gawat Janin
- m. Primipara dalam Fase Aktif Kala Satu Persalinan dengan palpasi kepala masih 5/5
- n. Presentasi bukan belakang kepala
- o. Presentasi Majemuk
- p. Kehamilan Gemeli
- q. Tali pusat menumbung
- r. Syok
- s. Penyakit penyakit yang menyertai
- t. Tinggi badan ≤ 140 cm

2. Kala II persalinan

Kala II Persalinan atau kala pengeluaran adalah dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir

Gejala dan tanda kala II

- a. Hasil VT pembukaan lengkap(10)
- b. Dorongan ingin meneran bersamaan dengan adanya kontraksi
- c. Tekanan pada rectum/vagina.
- d. Perineum menonjol
- e. Vulva dan sfingter ani membuka
- f. Terlihat bagian kepala janin pada introitus vagina

3. Kala III

Kala III atau kala Uri dimulai sejak bayi lahir sampai plasenta lahir Pada kala III persalinan, otot uterus (miometrium) berkontraksi menyesuaikan penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ini disebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran

plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, (dengan adanya gaya gravitasi) plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina

4. Kala IV persalinan

Kala IV adalah kala pengawasan, sejak plasenta lahir sampai 2 jam PP. Pengawasan pada kala ini sangat penting dilakukan, kasus perdarahan terjadi pada ibu bersalin terbanyak terjadi pada kala IV ini yang dapat mengakibatkan kematian ibu.

Bidan harus dapat mengenali bermacam-macam penyulit pada ibu bersalin, yang mengharuskan ibu untuk ditatalaksana awal dan segera dirujuk kefasilitas kesehatan yang lebih lengkap, dimana jika salah satu hasil anamnesa dan pemeriksaan risiko kegawat-daruratan terdapat jawaban “ya” ibu harus dirujuk kefasilitas kesehatan rujukan yang lebih lengkap antara lain:

1. Henti Jantung dan Henti Napas

Definisi: Merupakan suatu keadaan terhentinya sirkulasi normal akibat kegagalan jantung dalam berkontraksi dengan efektif. Keadaan ini merupakan kegawatdaruratan medik yang mana pada situasi tertentu dapat bersifat reversible bila ditangani secara tepat dan cepat.

Diagnosis : Kondisi henti jantung/henti napas biasanya akan selalu disertai dengan penurunan kesadaran. Sebagai *gold standard* diagnosis adalah tidak teraba nadi karotis (*gold standard*). Kondisi pada ibu hamil, bersalin dan nifas yang berisiko mengakibatkan terjadinya henti jantung/ henti napas adalah :

- 1) Paling sering pada kasus ibu yang mengalami perdarahan hebat
- 2) Penyakit tromboemboli.
- 3) Penyakit jantung.
- 4) Sepsis.
- 5) Keracunan obat (contoh: magnesium sulfat, anestesi lokal).
- 6) Eklampsia.
- 7) Perdarahan intrakranial.
- 8) Anafilaktik.
- 9) Gangguan metabolik/elektrolit (contoh: hipoglikemia).
- 10) Hipoksia karena gangguan jalan napas dan/atau penyakit paru.

2. Syok

Definisi : Syok adalah suatu keadaan tubuh yang mengalami kegagalan pada sistem sirkulasi untuk mempertahankan perfusi yang adekuat ke organ-organ vital

Diagnosis

- 1) Gelisah
- 2) Bingung
- 3) Penurunan kesadaran
- 4) Nadi >100 kali/menit, lemah
- 5) Tekanan darah sistolik <90 mmHg
- 6) Pucat
- 7) Kulit dingin dan lembab

- 8) Pernapasan >30 kali/menit
- 9) Jumlah urin <30 ml/jam

Faktor Predisposisi

Curigai atau antisipasi kejadian syok jika terdapat kondisi berikut ini:

- 1) Perdarahan pada kehamilan muda
- 2) Perdarahan pada kehamilan lanjut atau pada saat persalinan
- 3) Perdarahan pascasalin
- 4) Infeksi berat (seperti pada abortus septik, korioamnionitis, metritis)
- 5) Kejadian trauma
- 6) Gagal jantung

3. EPILEPSI

Definisi: Epilepsi adalah gangguan kronik otak dengan ciri timbulnya gejala-gejala yang datang dalam serangan-serangan, berulang, yang disebabkan oleh muatan listrik abnormal sel-sel saraf otak yang bersifat reversibel dengan berbagai penyebab. Kejang pada epilepsi umumnya tidak dipengaruhi oleh kehamilan

- 1) Wanita dengan riwayat epilepsi mempunyai kecenderungan:
 - Hipertensi
 - Persalinan prematur
 - Bayi berat badan lahir rendah
 - Bayi dengan kelainan bawaan
 - Kematian perinatal
- 2) Faktor Predisposisi
 - Idiopatik
 - Faktor keturunan, genetik, kelainan kongenital
 - Gangguan metabolik, infeksi, trauma, neoplasma

- Kelainan pembuluh darah, keracunan, dan lain-lain

4. MALARIA

Definisi

Malaria adalah suatu penyakit bersifat akut maupun kronik, disebabkan protozoa genus *Plasmodium*, dan ditandai dengan berbagai gejala seperti demam, anemia, dan splenomegaly

Faktor predisposisi

- 1) Faktor lingkungan (endemik)
- 2) Kontak dengan vektor malaria

Tanda dan gejala malaria

- 1) Demam
- 2) Menggigil/kedinginan/kaku
- 3) Sakit kepala
- 4) Nyeri otot/persendian
- 5) Kehilangan selera makan
- 6) Mual dan muntah
- 7) Diare
- 8) Mulas seperti his palsu (kontraksi uterus)
- 9) Pembesaran limpa

5. Sesak Napas atau ASMA

Definisi: Asma adalah penyakit sistem respirasi diawali dengan episode sesak dan mengi yang berulang. Hal ini disebabkan oleh inflamasi kronik saluran udara serta sekresi mukus berlebih. Pada serangan asma akut, inflamasi akan menyebabkan saluran udara menjadi sempit sehingga mengurangi aliran udara inspirasi dan ekspirasi

Diagnosis

- 1) Sesak/sulit bernapas.
- 2) Mengi (*wheezing*).
- 3) Batuk berdahak.
- 4) Ronkhi

6. Pingsan

Definisi: Pingsan adalah suatu kondisi seseorang mengalami rasa “pusing” (*dizzy*) hingga kemudian kehilangan kesadaran sejenak atau pingsan (*faint*). Hal ini terjadi akibat fluktuasi tekanan darah yang terjadi sejenak dan cepat

Diagnosis

- 1) Kehilangan kesadaran sangat cepat terjadi dan dalam waktu yang tidak terlalu lama.
- 2) Ketika diberikan rangsang segera memberikan respon yang sesuai.
- 3) Harus dieksplorasi untuk memastikan penyebab dari pingsan.

Salah satu penyebab dari pingsan adalah gangguan pada jantung. Berikut adalah penjelasan lebih jauh tentang **gangguan jantung**

7. PLASENTA PREVIA

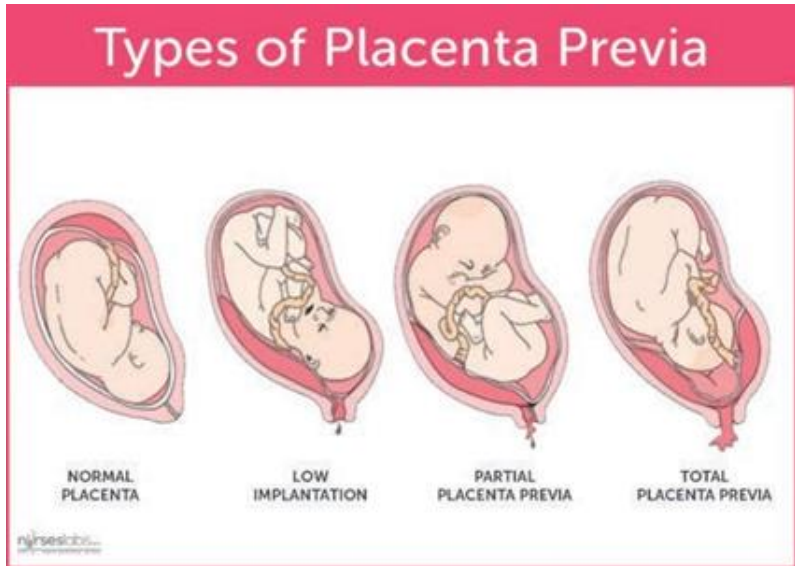
Definisi

Plasenta yang berimplantasi di atas atau mendekati ostium serviks interna. Jenis plasenta previa berdasarkan lokasinya, dibagi menjadi:

- 1) Plasenta previa totalis - ostium internal ditutupi seluruhnya oleh plasenta
- 2) Plasenta previa parsialis - ostium internal ditutupi sebagian oleh plasenta
- 3) Plasenta previa marginalis - tepi plasenta terletak di

tepi ostium internal

- 4) Plasenta previa letak rendah - plasenta berimplantasi di segmen bawah uterus sehingga tepi plasenta terletak dekat dengan ostium



Gambar 9.1. Jenis Plasenta Previa

Diagnosis

- 1) Perdarahan tanpa nyeri, usia kehamilan > 20 minggu.
- 2) Darah segar yang keluar sesuai dengan beratnya anemia.
- 3) Syok.
- 4) Tidak ada kontraksi uterus.
- 5) Bagian terendah janin tidak masuk pintu atas panggul.
- 6) Kondisi janin normal atau terjadi gawat janin.
- 7) Diagnosis ditegakkan dengan pemeriksaan USG

8. PERSALINAN PRETERM

Definisi: Persalinan preterm adalah persalinan yang terjadi diatas 20 minggu dan sebelum usia kehamilan aterm (37 minggu).

Diagnosis

- 1) Usia kehamilan 20 - 37 minggu.
- 2) Ada kontraksi 4 kali dalam 20 menit atau 8 kali dalam 60 menit diikuti dengan perubahan serviks yang progresif.
- 3) Serviks membuka ≥ 2 cm

9. KETUBAN PECAH DINI (KPD)

Definisi: Ketuban pecah dini adalah kondisi pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya persalinan atau sebelum ada tanda inpartu.

Diagnosis

Ketuban pecah dini diagnosanya ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan inspekulo. Dari anamnesis didapatkan penderita merasa keluar cairan yang banyak secara tiba-tiba. Untuk memastikan lakukan satu kali pemeriksaan inspekulo dengan spekulum steril untuk melihat adanya cairan yang keluar dari serviks atau menggenang di forniks posterior. Jika tidak ada, gerakkan sedikit bagian terbawah janin atau minta ibu untuk mengedan/batuk. Tidak dilakukan pemeriksaan dalam kecuali akan dilakukan penanganan aktif (melahirkan bayi) karena dapat mengurangi latensi dan meningkatkan kemungkinan infeksi. Tes lakmus juga dapat memastikan terjadinya KPD.

10. PERSALINAN LAMA (KELAINAN HIS, CPD, MAKROSOMIA)

Definisi: Terjadinya persalinan yang waktunya memanjang karena kemajuan persalinan yang terhambat. Persalinan lama memiliki definisi berbeda sesuai fase kehamilan.

Diagnosis

- 1) **Distosia pada kala I fase aktif:** grafik pembukaan serviks pada partograf berada di antara garis waspada dan garis bertindak, atau sudah memotong garis bertindak; **ATAU**
- 2) **Fase ekspulsi (kala II)** memanjang: tidak ada kemajuan penurunan bagian terendah janin pada persalinan kala II dengan batasan waktu
 - Maksimal 2 jam untuk nulipara dan 1 jam untuk multipara, atau
 - Maksimal 3 jam untuk nulipara dan 2 jam untuk multipara bila pasien menggunakan analgesia epidural.

Kriteria Diagnostik dan Penatalaksanaan Distosia

Pola persalinan	Nulipara	Multipara	Terapi di Puskesmas	Terapi di rumah sakit
Kelainan pembukaan serviks - Kemajuan pembukaan (dilatasi) serviks pada fase aktif - Kemajuan turunnya bagian terendah	< 1,2 cm/jam < 1 cm/jam	< 1,5 cm/jam < 2 cm/jam	R U	• Dukungan dan terapi ekspektatif • Seksio sesarea bila CPD atau obstruksi
Partus macet - Fase deselerasi memanjang - Terhentinya pembukaan (dilatasi) - Terhentinya penurunan bagian terendah - Kegagalan penurunan bagian terendah	> 3 jam > 2 jam > 1 jam Tidak ada penurunan pada fase deselerasi atau kala 2	> 1 jam > 2 jam > 1 jam Tidak ada penurunan pada fase deselerasi atau kala 2	J U K	• Infus oksitosin, bila tak ada kemajuan, lakukan seksio sesarea • Seksio sesarea bila CPD atau obstruksi

a. Kelainan HIS

Definisi

Kelainan his adalah suatu keadaan ketika his tidak normal, baik kekuatannya maupun sifatnya sehingga kelancaran persalinan terhambat. His yang normal atau adekuat adalah his persalinan sehingga terjadi kemajuan persalinan. His persalinan tersebut secara klinis yaitu minimal 3 kali kontraksi dalam 10 menit, biasanya selama 40-60 detik, sifatnya kuat.

Pembagian Kelainan his:

- His terlampau lemah/Inersia uteri.
- His terlampau kuat.
- Incoordinate uterine contraction.

b. Disproporsi Kepala Panggul (Cephalopelvic Dysproportion/Cpd)

Definisi

Disparitas ukuran kepala janin dan pelvis maternal yang mengakibatkan hambatan lahirnya bayi

Diagnosis

- Kemajuan pembukaan serviks dan penurunan kepala terhenti walaupun his adekuat. CPD terjadi akibat janin terlalu besar dan/atau panggul ibu kecil.
- Waspada CPD terutama pada keadaan:
 - Arkus pubis <90°.
 - Promontorium teraba saat VT.
 - Spina ischiadika teraba saat VT.
 - linea innominate teraba saat VT.
 - Bagian terbawah tidak masuk ke pintu atas panggul di usia 36 minggu pada primigravida

c. **MAKROSOMIA**

Definisi

Berat badan bayi baru lahir > 4000g.

Diagnosis

- 1) Diagnosis makrosomia tidak dapat ditegakkan hingga bayi lahir dan berat badannya ditimbang. Namun perkiraan berat badan lahir sebelum bayi dilahirkan dapat dilakukan, untuk mengantisipasi risiko distosia bahu, fraktur klavikula, atau cedera pleksus brakialis
- 2) Berat janin dapat diprediksi dengan menilai faktor risiko ibu, pemeriksaan klinis, atau pemeriksaan USG. Metode-metode tersebut dapat dikombinasi agar perkiraan lebih akurat.

Rumus Johnson untuk perkiraan berat janin:

$$\text{Berat janin (g)} = \text{tinggi fundus (cm)} - n \times 155$$

n = 12 bila verteks belum lewat spina iskhadika

n = 11 bila verteks sudah lewat spina iskhadika

Bila berat badan pasien >91 kg, kurangi 1 cm dari tinggi fundus

(Tulis Ulang, yang N=11 dihilangkan) - rumus Johnson Toshack

11. KELAINAN LETAK DAN MALPRESENTASI DALAM PERSALINAN

a. **Malposisi**

Definisi: Posisi verteks kepala janin abnormal (dengan ubun-ubun kecil sebagai penanda) terhadap panggul ibu.

Jenis jenis malposisi yaitu posisi oksiput posterior dan posisi oksiput lintang. Berikut adalah tabel yang menggambarkan jenis malposisi dengan hasil pemeriksaan

Jenis-jenis Malposisi dan Hasil Pemeriksaan

Diagnosis	Hasil pemeriksaan
Posisi oksiput posterior	▪ Pemeriksaan abdominal: bagian terendah datar, bagian kecil janin teraba di anterior dan denyut jantung janin terdengar di samping (<i>flank</i>) ▪ Pemeriksaan vaginal: oksiput ke arah sakrum, sinsiput di anterior akan mudah diraba bila kepala defleksi  
Posisi oksiput lintang	▪ Posisi oksiput janin yang masih lintang terhadap rongga panggul ibu hingga akhir persalinan kala 1 karena gagal berotasi ke posisi oksiput anterior 

b. Malpresentasi

Definisi: Meliputi semua presentasi selain vertex.

Faktor Predisposisi

- 1) Wanita multipara.
- 2) Kehamilan multipel (gemeli).
- 3) Polihidramnion/oligohidramnion.
- 4) Kelainan bentuk uterus atau terdapat massa (mis. mioma uteri).
- 5) Partus preterm

c. Presentasi Dahi

Diagnosis

- Pemeriksaan abdominal: kepala janin lebih separuhnya di atas pelvis, denyut jantung janin sepihak dengan bagian kecil.
- Pemeriksaan vaginal: oksiput lebih tinggi dari sinsiput, teraba fontanella anterior dan orbita, bagian kepala masuk pintu atas panggul (PAP)

adalah antara tulang orbita dan daerah ubun-ubun besar. Ini adalah diameter yang PALING besar sehingga sulit lahir pervaginam.

d. Presentasi Muka
Diagnosis

- Pemeriksaan abdominal: lekukan akan teraba antara daerah oksiput dan punggung(sudut Fabre), denyut jantung janin sepihak dengan bagian kecil janin
- Pemeriksaan vaginal: mudah diraba bagian muka, mulut dan bagian rahang, tulang pipi, tulang orbita; kepala janin dalam keadaan defleksi maksimal. Untuk membedakan mulut dan anus:
 - Anus merupakan garis lurus dengan tuber iskhii.
 - Mulut merupakan segitiga dengan prominen molar.

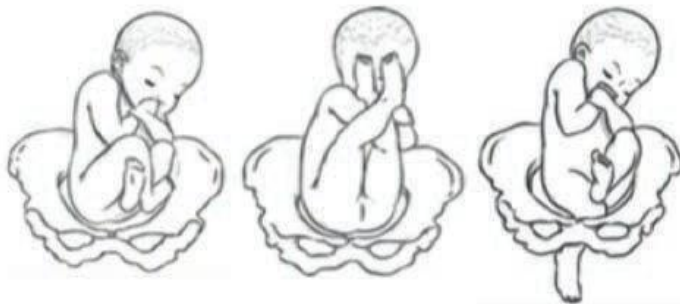
e. Presentasi Majemuk
Diagnosis

Ekstremitas prolaps bersamaan dengan bagian terendah janin (kepala/bokong).

f. Presentasi Bokong (Sungsang)
Diagnosis

- 1) Gerakan janin teraba di bagian bawah abdomen.
- 2) Pemeriksaan abdominal: kepala terletak di bagian atas, bokong pada daerah pelvis, auskultasi menunjukkan denyut jantung janin lokasinya lebih tinggi
- 3) Pemeriksaan vaginal: teraba bokong atau kaki, sering disertai adanya mekonium.

- 4) Pada gambar (berturut-turut): presentasi bokong sempurna, presentasi bokong murni, dan presentasi kaki (*footling*).



Gambar 9.2. Letak Sungsang

g. Letak Lintang

Diagnosis

- 1) Pemeriksaan abdominal: teraba melintang sumbu panjang janin, tidak teraba bagian pada pelvis inlet sehingga terasa kosong.
- 2) Pemeriksaan vaginal: saat in partu yang teraba adalah bahu, siku atau tangan sedangkan sebelum in partu tidak ada bagian terendah yang teraba di pelvis

12. DISTOSIA BAHU

Definisi: adalah suatu kondisi yang mana setelah kepala dilahirkan, bahu anterior tidak dapat lewat di bawah simfisis pubis. Kondisi ini merupakan kegawatdaruratan obstetri karena jika tidak segera dilahirkan bayi dapat meninggal.

Faktor Predisposisi

Perlu mewaspadaai kemungkinan distosia bahu pada persalinan berisiko baik pada masa antepartum maupun

intrapartum. Tabel berikut merupakan faktor predisposisi distosia bahu pada masa antepartum dan intrapartum

Faktor Predisposisi Terjadinya Distosia Bahu

Antepartum	Intrapartum
• Riwayat distosia bahu sebelumnya • Makrosomia > 4500 g • Diabetes melitus • IMT > 30 kg/m² • Induksi persalinan	• Kala I persalinan memanjang • <i>Secondary arrest</i> • Kala II persalinan memanjang • Augmentasi oksitosin • Persalinan pervaginam yang ditolong

Diagnosis

Tanda distosia bahu yang harus diamati penolong persalinan adalah:

- 1) Kesulitan melahirkan wajah dan dagu.
- 2) Kepala bayi tetap melekat erat di vulva atau bahkan tertarik kembali (turtle sign).
- 3) Kegagalan paksi luar kepala bayi.
- 4) Kegagalan turunnya bahu.

Identifikasi dan obati diabetes pada ibu. Ibu dengan diabetes yang usia kehamilannya mencapai 38 minggu dan bayinya tumbuh normal tawarkan persalinan elektif dengan induksi maupun seksio sesarea.

Kenali adanya distosia seawal mungkin, selalu bersiap bila sewaktu-waktu terjadi distosia bahu. Upaya mengejan, menekan suprapubis atau fundus, dan traksi berpotensi meningkatkan risiko cedera pada janin

13. PROLAPS TALI PUSAT

Definisi: Prolaps tali pusat terjadi ketika tali pusat keluar dari uterus sebelum janin

Faktor Predisposisi

- 1) Multiparitas.
- 2) Kehamilan multipel.
- 3) Ketuban pecah dini.
- 4) Hidramnion.
- 5) Tali pusat yang panjang.
- 6) Malpresentasi

14. HIPERTENSI DALAM KEHAMILAN, PREEKLAMPSIA DAN EKLAMPSIA

Definisi: Hipertensi adalah tekanan darah lebih dari 140 mmHg untuk sistolik atau 90 mmHg untuk diastolik pada dua kalipemeriksaan berjarak 4-6 jam pada wanita yang sebelumnya normotensi. Lakukan pemeriksaan kadar protein urin dengan tes celup urin atau protein urin 24 jam dan tentukan diagnosis jika menemukan tekanan darah tinggi ($\geq 140/90$ mmHg) pada ibu hamil.

a. Hipertensi Kronik

Definisi

Hipertensi yang timbul dari sebelum kehamilan dan menetap selama hamil tanpa proteinuria persalinan.

Diagnosis

- 1) Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg.
- 2) Riwayat hipertensi sebelum hamil sudah ada, atau diketahui adanya hipertensi pada usia kehamilan < 20 minggu.
- 3) Tidak ada proteinuria (diperiksa dengan tes celup urin).
- 4) Kontribusi organ lain dapat menyertainya, seperti

mata, jantung dan ginjal

b. Hipertensi Gestasional

Definisi: Hipertensi tanpa proteinuria muncul setelah kehamilan 20 minggu dan hilang setelah persalinan.

Diagnosis

- 1) Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg.
- 2) Tekanan darah normal di usia kehamilan <12 minggu, tidak ada riwayat hipertensi sebelum hamil,
- 3) Tidak ada proteinuria (diperiksa dengan tes celup urin).
- 4) Dapat disertai tanda dan gejala preeklampsia, seperti nyeri ulu hati dan trombositopenia.
- 5) Diagnosis pasti ditegakkan pasca persalinan.

c. Preeklampsia

Diagnosis

Preeklampsia

- 1) Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg pada usia kehamilan > 20 minggu dengan tes celup urin menunjukkan proteinuri 1+ atau pemeriksaan protein kuantitatif menunjukkan hasil >300 mg/24 jam.
- 2) Tekanan darah $>160/110$ mmHg pada usia kehamilan >20 minggu tanpa melihat proteinuri.

Preeklampsia Berat

Tekanan darah $>160/110$ mmHg pada usia kehamilan >20 minggu tanpa melihat proteinuria dan disertai kontribusi organ lain:

- 1) Trombositopenia (<100.000 sel/uL), hemolisis mikروangiopati.
- 2) Peningkatan SGOT/SGPT, nyeri abdomen kuadran

kanan atas.

- 3) Sakit kepala, skotoma penglihatan.
- 4) Pertumbuhan janin terhambat, oligohidramnion.
- 5) Edema paru dan/atau gagal jantung kongestif.
- 6) Oliguria (urine output < 500ml/24jam), kreatinin > 1,2 mg/dl.

d. Superimposed preeklampsia pada hipertensi kronik

- 1) Ibu dengan riwayat hipertensi kronik (sudah ada sebelum usia kehamilan 20 minggu)
- 2) Tes celup urin menunjukkan proteinuria >+1 atau trombosit <100.000sel/uL pada
- 3) usia kehamilan > 20 minggu.

e. Eklampsia

Definisi: Eklampsia merupakan salah satu komplikasi akibat kehamilan yang termasuk menyebabkan kematian ibu terbanyak yang ditandai dengan gangguan pada susunan saraf pusat seperti kejang.

Diagnosis

- 1) Kejang umum dan/atau koma
- 2) Ada tanda dan gejala preeklampsia
- 3) Tidak ada kemungkinan penyebab lain (misalnya epilepsi, perdarahan subaraknoid, dan meningitis)
- 4) Saat hamil (usia kehamilan >20 minggu) atau nifas

**15. PERDARAHAN PASCA PERSALINAN
(HPP/HEMORHAGIA POSTPARTUM)**

Definisi: Terjadi perdarahan pasca persalinan primer dalam 24 jam pertama setelah persalinan, sementara perdarahan pasca persalinan sekunder adalah perdarahan pervaginam yang lebih banyak dari normal antara 24 jam hingga 12 minggu setelah persalinan.

Diagnosis: Perdarahan pasca persalinan adalah perdarahan ≥ 500 ml setelah bayi lahir atau yang berpotensi mempengaruhi hemodinamik ibu

Penyebab Perdarahan Pasca Persalinan, Tanda dan Gejala

PENYEBAB	GEJALA DAN TANDA
Atonia uteri	• Perdarahan segera setelah anak lahir • Uterus tidak berkontraksi atau lembek
Retensio plasenta	• Plasenta belum dilahirkan dalam 30 menit setelah kelahiran bayi
Sisa plasenta	• Plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap • Perdarahan dapat muncul 6-10 hari pascalin disertai subinvolusi uterus
Robekan Jalan lahir	• Perdarahan segera • Darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir
PENYEBAB	GEJALA DAN TANDA
Ruptur Uteri	• Perdarahan segera (perdarahan intraabdominal dan/atau pervaginam) • Nyeri perut yang hebat

	• Kontraksi yang hilang
Inversio Uteri	• Fundus uteri tidak teraba pada palpasi abdomen • Lumen vagina terisi massa • Nyeri ringan atau berat
Gangguan Pembekuan Darah	• Perdarahan tidak berhenti, encer, tidak terlihat gumpalan darah • Kegagalan terbentuknya gumpalan pada uji pembekuan darah sederhana • Terdapat faktor predisposisi: Solusio plasenta, kematian janin dalam uterus, eklampsia, emboli air ketuban

16. INFEKSI NIFAS

Definisi: Infeksi nifas adalah masuknya kuman kedalamorgan genital yang menyebabkan perasangan ketika persalinan dan masa nifas

Faktor Predisposisi

- 1) Keadaan yang dapat menurunkan daya tahan tubuh, seperti: infeksi, anemia malnutrisi, anemia.
- 2) Partus lama dengan ketuban pecah dini, persalinan traumatic
- 3) Tindakan obstetri operatif.
- 4) Selaput ketuban, sisa plasenta, dan bekuan darah tertinggal dalam rongga rahim.

Untuk keselamatan ibu observasi yang ketat harus dilakukan selama kala I persalinan, hasil observasi dicatat didalam

partograf. Partograf menolong bidan mengenali apakah ibu masih dalam kondisi normal atau mulai ada penyulit.

Pengambilan keputusan klinik dapat dilakukan bidan dengan cepat dan tepat dengan menggunakan partograf sehingga dapat terhindar dari keterlambatan dalam pengelolaan ibu bersalin. Partograf dilengkapi halaman depan dan halaman belakang untuk diketahui dengan lengkap proses persalinan kala I sd IV

Tata Laksana

- 1) Panggil bantuan tim respon awal emergensi.
- 2) Lakukan penilaian awal cepat kondisi keadaan umum, hemodinamik, dan keadaan yang mendukung kepada penegakan diagnosis.
- 3) Lakukan langkah-langkah penatalaksanaan sesuai dengan algoritma.
- 4) Berikan informasi yang jelas kepada keluarga situasi yang sedang terjadi serta upaya yang sedang dilakukan oleh tim.

DAFTAR PUSTAKA

- Direktorat Kesehatan keluarga. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan 2017. Modul Pelatihan Penanganan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal Bagi Dokter Umum, Bidan Dan Perawat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer.
- Direktorat Kesehatan keluarga. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan 2020. Modul Pelatihan Blended Learning Bagi Bidan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer.
- Ditjen BUK, Kemenkes, 2012, Buku Pedoman Sistem Rujukan Nasional
- Ditjen BUK, Kemenkes 2012, Buku Pedoman RS PONEK
- Ditjen BUK, Kemenkes 2012, Buku Pedoman Puskesmas PONEK
- Ikatan Bidan Indonesia 2021, Modul Midwifery Update JNPK-KR, 2019, Pedoman Pelatihan PONEK.
- Kementerian Kesehatan 2018, Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama.
- Kementerian Kesehatan, 2020 Buku Kesehatan Ibu dan Anak
- Kementerian Kesehatan, 2014 Modul Pemantauan Pertumbuhan,
- Kemenkes 2007, Buku Pedoman Sistem Rujukan Maternal dan Neonatal
- Natoatmodjo Soekidjo, 2007. Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni, Jakarta : Rineka Cipta
- WHO-Kemenkes 2013, Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di fasilitas kesehatan dasar dan rujukan
- World Health Organization (WHO). (no date) "Dibalik angka – Pengkajian kematian maternal dan komplikasi untuk

mendapatkan kehamilan yang lebih aman,," p. Jakarta : WHO

- Vogel, J.P. *et al.* 2019. "Developing and applying a 'living guidelines' approach to WHO recommendations on maternal and perinatal health," *BMJ Global Health*, 4(4), pp. 1–10. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001683>.
- Wallace, M.E. *et al.* 2020. "Violence As a Direct Cause of and Indirect Contributor to Maternal Death," *Journal of Women's Health*, 29(8), pp. 1032–1038. Available at: <https://doi.org/10.1089/jwh.2019.8072>.
- Waller, A. *et al.* 2018. "Screening for recommended antenatal risk factors: How long does it take?," *Women and Birth*, 31(6), pp. 489–495. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.01.005>

BAB 10

DETEKSI DINI KEGAWATDARURATAN, KOMPLIKASI DAN PENANGANAN AWAL PADA KEGAWATDARURATAN, PENYULIT, KOMPLIKASI YANG TERJADI PADA BAYI BARU LAHIR

Oleh Astik Umiyah

10.1 Pendahuluan

Kegawatdaruratan obstetri dan neonatal adalah suatu kondisi dimana jiwa seseorang dapat terancam, kondisi ini bisa terjadi saat masa kehamilan bahkan kelahiran. Kegawatdaruratan neonatal merupakan kondisi medis yang mengancam jiwa yang terjadi pada bayi baru lahir. Penyakit serta gangguan selama kehamilan sangat banyak yang dapat mengancam keselamatan ibu dan bayi yang akan dilahirkan. Kondisi kegawatdaruratan wajib ditangani segera, jika keadaan tersebut terlambat maka akan berdampak kematian baik ibu dan bayi baru lahir (Purwoastuti & Walyani, 2015) .

10.2 Komplikasi pada Bayi Baru Lahir

Komplikasi pada neonatal merupakan kelainan atau penyakit pada neonatal yang bisa berdampak pada kecatatan atau sampai kematian. Komplikasi yang biasa sering terjadi pada neonatal seperti asfiksia, ikterus, hipotermia, tetanus neonatorum, infeksi/sepsis, trauma lahir, Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), sindroma gangguan pernafasan, dan kelainan kongenital. Komplikasi terbesar yang sering terjadi kematian adalah asfiksia, bayi berat lahir rendah, dan infeksi. Kondisi

tersebut bisa dicegah dan diantisipasi dengan penanganan yang tepat yaitu akses ke pelayanan Kesehatan yang mudah, tenaga kesehatan yang professional dan handal, sistem rujukan yang berjalan dengan baik, serta kesadaran orang tua terhadap deteksi dini kejadian untuk mendapatkan pertolongan ke tenaga kesehatan

10.2.1 Sindrom Aspirasi Mekonium (SAM)/ (*Meconium Aspiration Syndrome* [MAS])

A. Pengertian

Sindroma aspirasi mekonium (SAM) adalah cairan amnion yang terhisap ke dalam saluran pernafasan bayi. Kejadian ini merupakan penyebab kegagalan nafas pada bayi baru lahir baik aterm maupun post-term yang paling sering (Putra & Mutiara, 2017). Indikasi gawat janin merupakan adanya cairan amnion yang bercampur mekonium, kejadian ini terjadi pada 8%-20% seluruh kelahiran (M.Bobak, et al., 2005). Sedangkan dinegara berkembang kejadian SAM mencapai 13% kelahiran hidup. salah satu penyebab distres pernapasan pada BBL cukup bulan dengan berat badan lahir cukup diartikan sebagai Sindrom Aspirasi Mekonium (Nath & Panchalaiah, 2017).

Gangguan ini disebabkan oleh inhalasi cairan amnion yang terwarnai meconium peripartum. Inhalasi menimbulkan pneumonitis kimiawi dengan inflamasi jaringan pulmonal, obstruksi mekanis jalan nafas, dan hipoksia. Fakto risiko hingga 20% kehamilan atrem, cairan amnion terkontaminasi meconium. Alirannya melalui volume cairan amnion normal menyebabkan pewarnaan meconium yang ringan, dan aspirasi sebelum kelahiran relative sering terjadi (Cunningham, et al., 2012).

B. Penyebab

Menurut situs kemenkes (2022), risiko meningkatnya kejadian aspirasi mekonium disebabkan pengeluaran mekonium sebelum waktunya dan juga ada beberapa kondisi menyebabkan janin stress serta meningkatkan risiko terjadinya aspirasi mekonium yaitu:

1. Kehamilan lebih bulan (post date)
2. Persalinan sulit atau lama
3. Penyakit penyerta pada ibu seperti hipertensi dan diabetes
4. Hipoksia
5. Gangguan pertumbuhan janin.

C. Tanda-tanda

Sindrom aspirasi mekonium dapat dikenal dengan tanda-tanda yang meliputi:

1. Takipnea
2. hidung melebar
3. retraksi
4. sianosis atau desaturasi
5. rales
6. ronki
7. pewarnaan kuning kehijauan pada tali pusat, dasar kuku, atau kulit.

Pewarnaan mekonium dapat terlihat di orofaring dan (saat intubasi) di laring dan trakea. Neonatus dengan air trapping mungkin memiliki dada berbentuk tong dan juga gejala dan tanda pneumotoraks, emfisema interstisial paru, dan pneumomediastinum (Hopkins, 2023).

D. Pronosis

Prognosis umumnya baik, meskipun bervariasi dengan penyebab stres fisiologis yang mendasarinya; kematian secara keseluruhan meningkat. Bayi dengan sindrom aspirasi mekonium mungkin berisiko lebih besar terkena asma di kemudian hari (Balest, 2021).

E. Penanganan

Mulut bayi baru lahir harus disedot segera setelah kepala terlihat selama persalinan. Perawatan lebih lanjut diperlukan jika ada pewarnaan mekonium yang kental dan gawat janin. Bayi dapat ditempatkan di ruang perawatan khusus atau unit perawatan intensif bayi baru lahir. Perawatan lain mungkin termasuk:

1. Antibiotik untuk mengobati infeksi
2. Mesin pernapasan untuk menjaga agar paru-paru tetap mengembang
3. Penggunaan penghangat untuk menjaga suhu tubuh
4. Mengetuk dada untuk melonggarkan sekresi

Jika tidak ada tanda-tanda gawat janin selama kehamilan dan bayi adalah bayi baru lahir cukup bulan yang kuat, para ahli merekomendasikan untuk tidak melakukan penyedotan dalam pada batang tenggorokan karena takut menyebabkan jenis pneumonia tertentu (Hopkins, 2023).

10.2.2 Apnea

A. Pengertian

Henti nafas atau yang disebut apnea yaitu keadaan nafas yang patologis berdampak pada perubahan keadaan fisiologis seperti sianosis, hipotermia, perfusi perifer, brakikardi dan sampai menurunkan rangsangan sentral.

Batasan disebut apnea jika henti nafas ≥ 20 detik atau henti nafas dalam waktu lama yang diikuti dengan bradikardi yaitu denyut jantung < 100 x/menit desaturasi oksigen/sianosis, pucat dan atau hipotoni.

Beda halnya dengan pernafasan periodik yang terjadi pada bayi premature. Kondisi ini tidak ada hubungannya dengan perubahan fisiologi dan tidak perlu pengobatan. pernapasan periodik siklus napasnya regular dengan durasi 10-18 detik yang diikuti henti napas 3-10 detik.

Gangguan yang lumrah pada bayi premature adalah Apnea prematuritas (AP). Apnea bisa kontiu menjadi hipoksemia dan bradikardia yang bisa mengkhawatirkan bayi dan bisa mengakibatkan gejala sisa pada usia sekolah.

AP biasanya berkaitan dengan imaturitas susunan saraf pusat, tetapi bisa juga sekunder karena penyakit lain. Gejala penyakit yang kebanyakan pada neonatus seperti sepsis, gangguan metabolik, gangguan susunan saraf pusat, dan berbagai penyakit berat lainnya.

B. Derajat Apnea

1. Apnea Primer

Bayi tampak membiru (sianosis), tonus otot meningkat dan jantungnya berdetak > 100 x/menit. Terdapat upaya untuk bernafas dan nafas tersengah sengah

2. Apnea Sekunder

Apnea ini kadang -kadang disebut apnea terminal karena jika tidak segera diperbaiki akan diikuti oleh kerusakan otak atau kematian. Kulit bayi berwarna putih keabuan, tidak ada tonus otot dan detak jantung kurang dari 100 x/menit. Hipotensi berkaitan erat dengan apnea sekunder, dan keadaan ini sulit ditoleransi oleh neonatus.

(P.Hanretty, 2014)

C. Tipe Apnea

Ada tiga macam tipe apneu diantaranya yaitu:

1. Apnea sentral
 - a. Apnea sentral tidak ada upaya nafas
 - b. Jalan udara masuk
 - c. Gerakan dinding dada
 - d. Kejadian sekitar 40%
2. Apnea obstruktif
 - a. Ada upaya nafas
 - b. Tidak ada jalan udara masuk
 - c. Kejadian sekitar 10%
3. Apnea campuran

Apnea campuran yaitu gabungan kedua tipe diatas, tipe ini sering berlangsung pada kondisi bayi prematur. Angka kasus sekitar 50%.

D. Penyebab Apnea

Penyebab apnea bisa terjadi sebelum persalinan, selama proses persalinan dan pasca persalinan. Adapun setiap kondisi yang dialami berbeda-beda.

1. Antenatal (sebelum persalinan)

Setiap kondisi yang mengarah kepada hipoksia janin, misalnya insufisiensi plasenta, pre-eklamsi, abropsio plasenta
2. Intrapartum (selama proses persalinan)

Persalinan dengan kondisi hipoksia yang berlangsung lama, proses melahirkan yang traumatik, penggunaan obat-obat opiat, anastesi (termasuk anestesia epidural yang berlangsung terlalu lama)
3. Postnatal (setelah persalinan)

Imaturitas, trauma otak, berbagai kelainan kongenital misalnya hernia diafragmatika.
(P.Hanretty, 2014)

E. Manajemen Apnea

Manajemen apnea primer

1. Setiap cairan, lendir, mekonium, dan lain-lain, harus diisap keluar dari hidung dan mulut dengan lembut. Tindakan ini tidak dapat meringankan obstruksi saluran nafas, tetapi seringkali dapat memberikan rangsangan yang cukup kuat untuk membuat bayi tersengal dan menarik nafas
2. Bayi dokeringkan dengan lembut untuk mengurangi kehilangan panas karena proses penguapan, dan diselimuti dengan handuk hangat
3. Sebuah masker oksigen dipasang menutupi wajah. Tujuannya bukan untuk mengembangkan paru, namun untuk memperkaya kualitas udara pada setiap nafas yang dihisap oleh bayi.

Manajemen apnea sekunder

Bayi baru lahir dengan kondisi apnea sekunder atau jika tidak ada respon terhadap pengobatan sederhana, oksigen harus diberikan secara efektif dengan menggunakan masker dan kantong ventilasi atau dilakukan prosedur intubasi dengan selang endotrakea (P.Hanretty, 2014).

10.2.3 Respiratory Distress Syndrome (RDS)

A. Pengertian

Sindroma gagal nafas (*respiratory distress sindrom*), merupakan kata yang digunakan untuk adanya masalah pada gangguan sistem pernafasan pada neonatus. Gangguan ini bisa juga berarti keterlambatan perkembangan, maturasi paru, atau tidak adekuatnya jumlah surfaktan pada paru (Marmi & Rahardjo, 2012). RDS yang dikenal sebagai penyakit kekurangan surfaktan paru merupakan salah satu penyebab kematian neonates yang paling umum (P.Hanretty, 2014).

B. Patologi

Paru yang belum matang atau rusak tidak dapat mengeluarkan surfaktan yang cukup sehingga diperlukan tenaga lebih dari bayi untuk mengembangkan paru. Paru mengempis (atelectasis) dan alveoli dilapisi oleh eksudat fibrinosa yang disebut membrane hialin.

C. Faktor Predisposisi

1. Imaturitas

Surfaktan pertama kali diproduksi saat janin berusia sekitar 22 minggu dan meningkat tajam ke kadar dewasa antara 34 dan 36 minggu.

2. Hipoksia intrapartum akut

Hipoksi kronis (misalnya pada pre-eklampsia dan infark plasenta yang tidak-mematikan) agaknya merangsang sekresi surfaktan dan mungkin merupakan respons terhadap stress.

3. Hipoksia postpartum, misalnya pada bayi yang lahir dalam kondisi syok.

D. Diagnosa Banding

1. takipnea transien pada neonatus (Paru-paru basah). Ini merupakan kondisi yang umumnya ringan dan terjadi pada bayi yang cukup bulan

2. Aspirasi mekonium

Meconium telah ditemukan saat persalinan dan disedot dari faring dan trakea bayi

3. Pneumonia

Terjadi setelah selaput ketuban pecah cukup lama dan Sebagian akibat dari infeksi streptokokus grup B.

4. Kelainan jantung

5. Hernia diafragmatika

Jantung bergeser kesatu sisi, biasanya kanan, dan perut bayi tampak cekung (skafoid).

E. Tanda-tanda

Tanda dan gejala yang muncul dari RDS yaitu pernafasan cepat, pernafasan terlihat parodaks, cuping hidup, apnea, murmur dan sianosi.

Tabel 10.1. Evaluasi Gawat Nafas dengan Skor Downes

Pemeriksaan	Skor		
	0	1	2
Frekuensi Nafas	< 60/ menit	60-80/ menit	>80/menit
Retraksi	Tidak ada retraksi	Retraksi ringan	Retraksi berat
Sianosis	Tidak ada sianosis	Sianosis hilang dengan O ₂	Sianosis menetap walaupun diberi O ₂
Air entry	Udara masuk	Penurunan ringan udara masuk	Tidak ada udara masuk
Merintih	Tidak merintih	Bisa didengar dengan stetoskop	Bisa didengar tanpa alat bantu
Skor ≥ 6 : ancaman gagal nafas			

Sumber: (Mathai, 2012)

Tabel 10.2. Evaluasi *Respirasi Distress* Skor Downes

Skor	Keterangan
Skor < 4	Gangguan pernafasan ringan
Skor 4-6	Gangguan pernafasan sedang
Skor ≥ 7	Ancaman gagal nafas (pemeriksaan Gas Darah harus dilakukan)

Sumber: (Mathai, 2012)

F. Pencegahan

1. Hindari persalinan premature sebisa mungkin
2. Berikan glukokortikoid pada ibu yang berisiko/atau sedang dalam proses persalinan premature, untuk merangsang sekresi surfaktan.
3. Pantau proses persalinan
4. Hindari hipoksia
5. Lakukan resusitasi secara efektif dan cepat
6. Hindari hipotermi
7. Gunakan terapi profilaksis pengganti surfaktan setelah lahir.

(P.Hanretty, 2014).

10.2.4 Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

A. Pengertian

Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) istilah yang di pergunakan untuk pengganti bayi prematur. Semua bayi yang terlahir kurang dari 2.500 gr bukan lagi disebut bayi prematur (Sofian, 2013).

Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) diartikan bahwa bayi yang lahir dengan berat lahir kurang dari 2.500 gr (Setyarini, 2016).

B. Etiologi

Faktor yang sering terjadi pada BBLR tidak pernah ditemukan faktor penyebab yang berdiri sendiri, tetapi justru ada penyebab lainnya yang mengiringi, antara lain :

1. Faktor genetik atau kromosom
2. Infeksi
3. Bahan toksik
4. Radiasi
5. Infeksi atau disfungsi plasenta
6. Faktor nutrisi

7. Faktor lain seperti merokok, bekerja berat masa hamil, plasenta previa, kehamilan ganda, obat-obatan, minuman yang mengandung alkohol dll.

C. Perawatan Bayi Berat Badan Lahir Rendah

Perawatan dengan kondisi BBLR yang perlu diperhatikan adalah pengaturan suhu lingkungan menjadi hal yang paling penting diperhatikan, asupan makanan, ketersediaan oksigen. Kegawatdaruratan sampai menimbulkan kematian yang sangat tinggi karena disebabkan oleh gangguan pernafasan, infeksi, cacat bawaan, dan trauma pada otak.

1. Pengaturan suhu lingkungan

Bayi dimasukkan dalam inkubator dengan suhu diatur :

- a. Bayi berat badan dibawah 2 kg dengan suhu 35°C
- b. Bayi berat badan 2-2,5 kg dengan suhu 34°C

Apabila bayi ada di dalam inkubator maka suhu diturunkan 1°C setiap minggu sampai bayi bisa beradaptasi dengan suhu lingkungan sekitar 24-27°C.

2. Makanan bayi dengan BBLR

BBLR dengan kondisi tubuh yang belum sempurna dalam reflek mengisap dan batuk, maka kapasitas lambungnya pun masih kecil serta enzim pencernaan yang dikeluarkannya pun masih kurang. Tindakan penanganan yang bisa dilakukan dalam asupan nutri yang diberikan melalui pipet dengan cara sedikit sedikit tetapi lebih sering.

(Sofian, 2013)

DAFTAR PUSTAKA

- Balest, A. L., 2021. *Meconium Aspiration Syndrome*. [Online] Available at: https://www.merckmanuals.com/professional/pediatrics/respiratory-problems-in-neonates/meconium-aspirationsyndrome?network=&matchtype=b&keyword=&creative=1747652150907120400&device=c&devicemodel=&placement=&position=&campaignid=&adgroupid=&loc_interest_ms [Accessed Senin Maret 2023].
- Cunningham, F. G. et al., 2012. *Obstetri Williams*. 23 ed. Jakarta: EGC.
- Hopkins, J., 2023. *Meconium Aspiration Syndrome*. [Online] Available at: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/meconium-aspiration-syndrome> [Accessed Selasa Maret 2023].
- Kemenkes, 2022. *Aspirasi Mekonium*. [Online] Available at: https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/366/aspirasi-mekonium [Accessed Rabu Maret 2023].
- M.Bobak, I., Lowdermilk, D. L. & Jensen, M. D., 2005. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas (Maternity Nursing)*. 4 ed. Jakarta: EGC.
- Marmi & Rahardjo, K., 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Mathai, M., 2012. *Buku Saku Manajemen Komplikasi Kehamilan dan Persalinan*. Jakarta: EGC.
- Nath, G. & Penchalaiah, A., 2017. *Study of clinical profile of meconium aspiration syndrome in relation to gestational age and birth weight and their immediate outcome at Narayana Medical*. India: Int J Contemp Pediatr.
- P.Hanretty, K., 2014. *Ilustrasi Obstetri*. Singapura: CV Pentasada Media Edukasi.

- Purwoastuti & Walyani, 2015. *Ilmu Obstetri dan Ginekologi Sosial untuk Kebidanan*. Jogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Putra, T. R. & Mutiara, H., 2017. Sindroma Aspirasi Mekonium. *J Medula Unila*, Volume 7 no.1, pp. 74-79.
- Setyarini, D. I. S., 2016. *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- Sofian, A., 2013. *Rustam Mochtar Sinopsis Obstetri*. 3 ed. Jakarta: EGC.

BAB 11

PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN DAN PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR

Oleh Hasriantirisna

11.1 Pendahuluan

Manajemen kebidanan merupakan penerapan dari unsur, system dan fungsi manajemen secara umum. Manajemen kebidanan menyangkut pemberian pelayanan yang utuh dan menyeluruh dari bidan kepada kliennya, untuk memberikan pelayanan yang berkualitas melalui tahapan dan langkah-langkah yang disusun secara sistematis untuk mendapatkan data, memberikan pelayanan yang benar sesuai keputusan klinik yang dilakukan dengan tepat. Proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat-bidan pada awal th 1970-an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini juga menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. Proses manajemen ini terdiri dari pemikiran, tindakan, perilaku pada setiap langkah agar pelayanan komprehensif dan dapat tercapai. Proses manajemen harus mengikuti urutan yang logis dan memberikan pengertian yang menyatukan pengetahuan, hasil temuan dan penilaian yang terpisah pisah menjadi satu

kesatuan yang berfokus pada manajemen klien. Prinsip pendokumentasian manajemen kebidanan (Tyastuti, 2017).

Pendokumentasian adalah suatu pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap keadaan yang dilihat dalam pelaksanaan asuhan kebidanan. Pendokumentasian merupakan suatu bukti pelayanan kesehatan yang berisi kegiatan pencatatan, pelaporan yang otentik dan penyimpanan semua kegiatan yang berkaitan dengan pengelolaan klien yang dapat dipergunakan

untuk mengungkapkan suatu fakta aktual dan dapat dipertanggungjawabkan (Syafuruddin, 2018).

Pendokumentasian dapat membantu bidan menjaga informasi dasar secara tertulis diperlukan lingkungan praktek, namun pendokumentasian yang akurat dalam lingkungan pelayanan kesehatan harus terkait dengan konsep praktik yang berbasis bukti, objektif, dan tidak memihak. Setiap catatan harus memberikan informasi penting yang berpotensi memandu profesional kesehatan lain dalam mentransfer asuhan, seperti yang mungkin terjadi dalam rujukan yang berorientasi masalah, rujukan keperawatan dokter untuk kondisi beresiko tinggi, atau lintas pengurusan cakupan yang sederhana antar. Semua bidan harus meningkatkan kewaspadaan diri yang terkait dengan pendokumentasian asuhan yang mereka berikan kepada para pasien mereka, terlepas seberapa banyak pasien mereka. Dokumentasi asuhan kebidanan tersebut harus mencerminkan esensi

dari kebidanan: asuhan yang berorientasi pada perempuan yang difokuskan pada keunggulan dalam proses memberikan asuhan dengan perhatian terhadap hasil. (Lisnawati, 2018).

1. Pelayanan kebidanan adalah seluruh tugas yang menjadi tanggung jawab praktik profesi bidan dalam sistem pelayanan kesehatan yang bertujuan meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan

kesehatan keluarga dan masyarakat. Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan dan bertujuan untuk mewujudkan kesehatan keluarga dalam rangka tercapainya keluarga kecil bahagia sejahtera.

2. Praktik kebidanan, adalah penerapan ilmu kebidanan dalam memberikan pelayanan/asuhan kebidanan kepada klien dengan pendekatan manajemen kebidanan
3. Manajemen kebidanan, adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosa kebidanan, perencanaan dan evaluasi
4. Asuhan kebidanan, adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah di bidang kesehatan ibu pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana (Arnida, 2019).

11.2 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

SOAPIER

Pendokumentasian metode SOAPIER :

- S : Data Subjektif
- O : Data Objektif
- A : *Analysis/Assessment*
- P : Planning,
- I : *Implementation*
- E : *Evaluation*
- R : *Revised/Reassessment.*

Data Subjektif

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan

keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang mempunyai ketidaksempurnaan dalam wicara, dibagian data di belakang huruf “A”, diberi tanda huruf “B” atau “X”. Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lain. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

Analysis

Langkah selanjutnya adalah analysis, langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis.

Saudara-saudara, di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup: diagnosis/diagnosis dan masalah kebidanan/diagnosis, masalah kebidanan dan kebutuhan.

Planning

Planning/perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan intepretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu klien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.

Implementation

Implementation/implementasi, adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah klien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh klien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien. Sebanyak mungkin klien harus dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondisi klien berubah, analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya pun kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan.

Evaluation

Langkah selanjutnya adalah *evaluation*/evaluasi, adalah tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan.

Reassesment

Revised/revisi, adalah mencerminkan perubahan rencana asuhan dengan cepat, memperhatikan hasil evaluasi, serta implementasi yang telah dilakukan. Hasil evaluasi dapat dijadikan petunjuk perlu tidaknya melakukan perubahan rencana dari awal maupun perlu tidaknya melakukan tindakan kolaborasi baru atau rujukan. Implementasi yang sesuai dengan rencana, berdasarkan prioritas dan kebutuhan klien, akan mengoptimalkan hasil yang akan dicapai. Hal yang harus diperhatikan dalam revisi adalah pencapaian target dalam waktu yang tidak lama (Fraser, 2020).

11.3 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan SOAPIE

Pendokumentasian metode SOAPIE :

- S : Data Subjektif
- O : Data Objektif
- A : Analysis
- P : Planning
- I : Implementation
- E : Evaluation

Data Subjektif

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada ibu bersalin maupun bayi baru lahir, dibagian data dibagian data dibelakang huruf “A”, diberi tanda huruf “B” atau “X”.

Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah ibu bersalin maupun bayi baru lahir. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

Analysis

Langkah selanjutnya analysis. Langkah merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Di dalam analisis menuntut bidan sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

Planning

Planning/perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan intepretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan dalam batas waktu tertentu.

Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu klien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter maupun bidan.

Implementation

Implementation/implementasi, adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah klien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh klien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien. Sebanyak mungkin klien harus dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondisi klien berubah, analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya pun kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan.

Evaluation

Langkah selanjutnya adalah *evaluation/evaluasi*, adalah tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan (Retna, EA, 2017).

11.4 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan SOAPIE

Pendokumentasian metode SOAPIE :

- S : Data Subjektif
- O : Data Objektif
- A : Analysis
- P : Planning

I : Implementation
E : Evaluation
D : Documentation

Data Subjektif

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien (ibu bersalin dan bayi baru lahir), dibagian data dibelakang hruf "A", diberi tanda huruf "B" atau "X".

Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah (ibu bersalin dan bayi baru lahir). Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

Analysis

Langkah selanjutnya adalah analysis, langkah merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis, di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data

yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

Planning

Planning/perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan intepretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu klien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.

Implementation

Implementation/implementasi, adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah klien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh klien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien. Sebanyak mungkin klien harus dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondisi klien berubah, analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya pun kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan.

Evaluation

Langkah selanjutnya adalah *evaluation/evaluasi*, adalah tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan.

Documentation

Documentation/dokumentasi adalah tindakan mendokumentasikan seluruh langkah asuhan yang sudah dilakukan. Kalau Anda baca di metode dokumentasi yang lain (SOAPIER, SOAPIE dan SOAP) tindakan mendokumentasikan juga dilaksanakan. Dalam metode SOAPIED ini, langkah dokumentasi lebih dieksplisitkan (dilihtkan), agar terlihat gambaran urutan kejadian asuhan kebidanan yang telah diterima klien. Urutan kejadian sejak klien datang ke sebuah tempat layanan kesehatan, sampai pulang (dalam keadaan sembuh, pulang paksa (APS) atau alasan lain) kemudian didokumentasikan secara utuh (Runjati, 2019).

11.5 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan SOAP

Pendokumentasian metode SOAPIE :

S : Data Subjektif
O : Data Objektif
A : Analysis
P : Planning

Prinsip dari metode SOAP adalah sama dengan metode dokumntasi yang lain seperti yang telah dijelaskan diatas. Sekarang kita akan membahas satu persatu langkah metode SOAP.

Data Subjektif

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien (ibu bersalin dan bayi baru lahir), dibagian data dibagian data dibelakang huruf "A", diberi tanda huruf "B" atau "X".

Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah (ibu bersalin dan bayi baru lahir). Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

Analysis

Langkah selanjutnya analisis. Langkah merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Saudara-saudara, di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat

diketuainya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya (Varney, 2018).

Ringkasan Pada dasarnya unsur-unsur yang ada pada masing-masing metode dokumentasi adalah sama mulai dari SOAPIER, SOAPIE, SOAPIED, dan SOAP. Data subjektif berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien (ibu bersalin dan bayi baru lahir), dibagian data di belakang huruf "A", diberi tanda huruf "B" atau "X". Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium. Analysis merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Planning/perencanaan membuat rencana asuhan. Implementation/ implementasi adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah klien.

Evaluation/evaluasi adalah tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. *Dokumentation/dokumentasi* adalah tindakan mendokumentasikan seluruh langkah asuhan yang sudah dilakukan yang memberikan gambaran urutan kejadian asuhan kebidanan yang telah diterima klien. *Revised/revisi* adalah mencerminkan perubahan rencana asuhan dengan cepat, memperhatikan hasil evaluasi, serta implementasi yang telah dilakukan (Tyastuti, 2017).

Secara sistematis mengumpulkan data dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien (ibu bersalin atau bayi baru lahir), termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik. Bidan mengumpulkan data dasar awal lengkap, bahkan jika ibu dan bayi baru mengalami komplikasi yang mengharuskan mereka mendapat konsultasi dokter sebagai bagian dari penatalaksanaan kolaborasi (Yulifah, 2017).

Mengidentifikasi masalah atau diagnosis atau kebutuhan perawatan kesehatan yang akurat berdasarkan intepretasi data dasar yang benar. Kata masalah dan diagnosis sama-sama digunakan karena beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai sebuah diagnosis, tetapi perlu dipertimbangkan dalam mengembangkan rencana asuhan kebidanan yang menyeluruh. Masalah sering kali berkaitan dengan dengan bagaimana ibu menghadapi kenyataan tentang tentang diagnosinya dan ini sering kali bisa diidentifikasi berdasarkan pengalaman bidan dalam mengenali masalah seseorang. Sebagai contoh, seorang wanita didiagnosis hamil, dan masalah yang berhubungan adalah ia tidak menginginkan kehamilannya. Contoh lain mengalami ketakutan menjelang persalinan. Kebutuhan klien dapat dikenali dari diagnosis dan masalah atau salah satu

diantaranya. Kebutuhan adalah sesuatu yang dibutuhkan oleh klien, akan tetapi klien tidak mengetahuinya (Walsh, 2018).

Bidan yang lebih tahu yang diperlukan oleh klien. Mengantisipasi masalah atau diagnosis atau kebutuhan yang akan terjadi lainnya, yang dapat menjadi tujuan yang diharapkan, karena telah ada masalah atau diagnosis yang teridentifikasi. Langkah ini merupakan langkah sangat penting dalam memberikan asuhan kebidanan yang aman. Mengevaluasi kebutuhan akan intervensi dan/atau konsultasi bidan atau dokter yang dibutuhkan dengan segera, serta manajemen kolaborasi dengan anggota tim tenaga kesehatan lain, sesuai dengan kondisi yang diperlihatkan oleh ibu dan bayi yang baru lahir (Yulifah, 2017).

Mengevaluasi kebutuhan akan intervensi dan/atau konsultasi bidan atau dokter yang dibutuhkan dengan segera, serta manajemen kolaborasi dengan anggota tim tenaga tenaga kesehatan lain, sesuai dengan kondisi yang diperlihatkan oleh ibu bersalin dan bayi baru lahir. Langkah ini mencerminkan sifat kesinambungan proses penatalaksanaan, yang tidak hanya dilakukan selama asuhan awal/kunjungan pranatal periodik, tetapi juga saat bidan melakukan asuhan berkelanjutan bagi wanita tersebut, misalnya saat wanita menjalani persalinan. Data baru yang diperoleh terus dikaji dan kemudian dievaluasi. Beberapa data mengindikasikan sebuah situasi kedaruratan, yang mengharuskan bidan mengambil tindakan secara cepat untuk mempertahankan nyawa ibu dan bayinya bisa dengan kolaborasi (Nursalam, 2018).

Mengembangkan sebuah rencana perawatan kesehatan yang menyeluruh, didukung oleh penjelasan rasional yang valid, yang mendasari keputusan yang dibuat dan didasarkan pada langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini mengembangkan sebuah rencana asuhan yang menyeluruh. Ditentukan dengan mangacu pada hasil langkah sebelumnya. Sebuah rencana

asuhan yang menyeluruh tidak hanya melibatkan kondisi ibu dan bayi baru lahir yang terlihat dan masalah lain yang berhubungan, tetapi juga menggambarkan petunjuk antisipasi bagi ibu atau orang tua tentang apa yang akan terjadi selanjutnya. Petunjuk antisipasi ini juga mencakup pendidikan dan konseling kesehatan dan semua rujukan yang dibutuhkan untuk mengatasi masalah sosial, ekonomi, agama, keluarga, budaya atau psikologis. Mengemban tanggung jawab terhadap pelaksanaan rencana perawatan yang efisiensi dan aman. Langkah ke enam adalah melaksanakan rencana asuhan secara menyeluruh. Langkah ini dapat dilakukan secara keseluruhan oleh bidan atau dilakukan sebagian oleh ibu atau orang tua, bidan, atau anggota tim kesehatan lain. Apabila tidak bisa melakukan sendiri, bidan harus memastikan bahwa implementasi benar dilakukan (Arnida, 2019).

Mengevaluasi keefektifan perawat kesehatan yang diberikan, mengolah kembali dengan tepat setiap aspek perawatan yang belum efektif memulai proses penatalaksanaan di atas. Langkah terakhir adalah evaluasi, merupakan tindakan untuk memeriksa apakah rencana asuhan yang dilakukan benar-benar telah mencapai tujuan, yaitu memenuhi kebutuhan ibu. Langkah-langkah proses penatalaksanaan ini pada hakekatnya sudah menjelaskan dengan jelas pengertian masing-masing. Namun, pembahasan singkat dan pemberian contoh tugas yang dapat tercakup pada masing-masing langkah di atas dapat menjelaskan dengan jelas proses berpikir yang terlibat dalam proses klinis yang berorientasi pada tindakan (Tyastuti, 2017).

Pentingnya pengetahuan bidan tentang unsur-unsur manajemen yaitu penurunan AKI dan peningkatan kesh. Ibu dan anak dibutuhkan profesionalisme kebidanan sehingga merujuk pada sebuah konsep dimana bidan harus mampu membuat sebuah perencanaan, pengorganisasian dan pelaksanaan

kebidanan yang berkualitas. Dibutuhkan bidan yang mampu mengorganisir pelaksanaan manajemen kebidanan baik secara individu maupun kelompok. Dengan penerapan manajemen baik, diharapkan tercapainya tujuan dari penyelenggaraan kesehatan. Manajemen kebidanan adalah sebuah metode dengan pengorganisasian, pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja, melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai. Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan dalam rangkaian tahapan logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien (Syafuruddin, 2018).

Tujuh langkah manajemen kebidanan menurut Varney terdapat 7 langkah manajemen kebidannya menurut Varney yang meliputi langkah I pengumpulan data dasar, langkah II interpretasi data dasar, langkah III mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial, langkah IV identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera, langkah V merencanakan asuhan yang menyeluruh, langkah VI melaksanakan perencanaan, dan langkah VII evaluasi (Yulifah, 2017).

Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Dilakukan pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Mengumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah klien atau kebutuhan berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Kata “masalah dan diagnose” keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan kebidanan terhadap klien. Masalah bisa menyertai diagnose. Kebutuhan adalah suatu bentuk asuhan yang harus diberikan kepada klien, baik klien tahu ataupun tidak tahu.

Langkah III: Mengidentifikasi Diagnosa Atau Masalah Potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Penting untuk melakukan asuhan yang aman

Langkah IV: Identifikasi Kebutuhan Memerlukan Penanganan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

Langkah V: Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Merencanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yg menyeluruh meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari klien dan dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya.

Langkah VI: Melaksanakan Perencanaan

Melaksanakan rencana asuhan pada langkah ke lima secara efisien dan aman. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya.

Langkah VII: Evaluasi

Dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosa (Varney, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Arnida, 2019. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Fraser, 2020. *Buku Ajar Bidan*. Jakarta: EGC.
- Lisnawati, Lilis. 2018. *Panduan Praktis Menjadi Bidan*. Jakarta : TIM.
- Nursalam. 2018. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*. Jakarta : Salemba Medika.
- Retna, EA. 2017. *Asuhan Kebidanan*. Cetakan Pertama. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Runjati. 2019. *Pendokumentasian Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Syafrudin, 2018. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta : EGC.
- Tyastuti, Siti. 2017. *Komunikasi & Konseling dalam Pelayanan Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Varney, 2018. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 7 Langkah Varney*. Jakarta : EGC
- Walsh, 2018. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Yulifah, Rita. 2017. *Asuhan Kebidanan Pelaksanaan Asuhan Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika

BAB 12

KONSEP DAN SISTEM RUJUKAN PADA KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL PADA MASA PERSALINAN

Oleh Kiki Riskianti Nanda

12.1 Pendahuluan

Masalah kesehatan di Indonesia yang masih perlu diwaspadai yaitu terjadi pada kelompok ibu dan anak yang dapat dilihat dari masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Penyebab utama yang umumnya terjadi adalah komplikasi obstetri pada masa kehamilan, persalinan dan nifas pada wanita usia reproduksi seperti pendarahan, eklampsia, infeksi, partus lama, dan abortus. Dua puluh tiga juta perempuan (15% dari semua wanita hamil) di dunia mengembangkan komplikasi yang mengancam jiwa setiap tahunnya (Yanti, 2020).

Kematian ibu akibat kehamilan dan persalinan erat kaitannya dengan penolong persalinan dan tempat persalinan. Kehamilan dengan kondisi komplikasi juga diperparah oleh adanya keterlambatan penanganan kasus emergensi atau komplikasi maternal secara adekuat akibat kondisi 3 Terlambat (3T), yaitu terlambat pengambilan keputusan untuk merujuk, terlambat mencapai fasilitas kesehatan, dan terlambat mendapatkan penangananan medis segera. Selain itu, juga terangkum dalam 4 Terlalu (4T) yaitu terlalu tua, terlalu muda, terlalu sering dan terlalu banyak sistem rujukan merupakan

komponen vital dalam menyukseskan program persalinan. Di daerah dengan akses terbatas untuk memperoleh perawatan petugas medis, transportasi, dan pelayanan gawat darurat akan menyebabkan terjadinya keterlambatan penanganan sehingga risiko kematian ibu akan meningkat. Kualitas pelayanan tidak bisa terlepas dari sistem rujukan yang dilaksanakan oleh Puskesmas sebagai pusat pelayanan primer di masyarakat (Sulistyawati, 2019).

Salah satu kelemahan pelayanan kesehatan adalah pelaksanaan rujukan yang kurang tepat dan cepat. Kematian ibu dan bayi diakibatkan karena pelayanan di fasilitas kesehatan belum maksimal ataupun terjadi keterlambatan pelayanan rujukan bagi ibu dan bayi yang mengakibatkan sangat terlambat pula pasien tiba di fasilitas pelayanan rujukan. Dengan adanya sistem rujukan diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu. Kelancaran rujukan dapat menjadi faktor yang menentukan untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan perinatal terutama dalam mengatasi keterlambatan menjadi penyebab peningkatan Angka Kematian Ibu dan Bayi (Pantikawati, 2020).

Di Indonesia sudah sangat dikenal istilah “3 terlambat” yang menjadi penyebab kematian ibu dan bayi yaitu terlambat pengambilan keputusan di tingkat keluarga, terlambat mencapai fasilitas pelayanan kesehatan dan terlambat mendapat pertolongan di tingkat fasilitas kesehatan. Terlambat mengambil keputusan biasanya terjadi karena ibu lebih memilih untuk melahirkan di rumah, adanya kendala biaya atau transportasi, dan permasalahan akses ke fasilitas kesehatan yang tidak terjangkau (Mochtar, 2018).

Terlambat yang kedua, terlambat mencapai fasilitas kesehatan ini biasanya terjadi karena adanya masalah transportasi, tidak adanya jejaring rujukan yang formal antara bidan desa dengan rumah sakit, dan tidak adanya protokol

rujukan. Terlambat dalam mendapat pertolongan yang memadai di fasilitas kesehatan terjadi karena. Sistem rujukan diselenggarakan dengan tujuan memberikan pelayanan kesehatan secara bermutu, sehingga tujuan pelayanan tercapai tanpa harus menggunakan biaya yang mahal. Rujukan merupakan suatu sistem dimana koordinasi merupakan unsur utama yang bersifat multi sektor dan harus ada dukungan dari berbagai profesi bersifat multi disiplin dan multi profesi untuk melaksanakan dan menyelenggarakan suatu bentuk layanan terpadu bagi penderita gawat darurat baik dalam keadaan sehari-hari maupun dalam keadaan bencana dan kejadian luar biasa. Rujukan yang efektif memerlukan komunikasi antar fasilitas, tujuannya agar pihak fasilitas terujuk mengetahui keadaan pasien dan dapat menyiapkan secara dini penanganan yang diperlukan pasien segera setelah pasien sampai dirumah sakit (Jannah, 2018).

12.2 Sistem Rujukan Pada Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal

Menurut Holmes (2019).beberapa manfaat yang akan diperoleh ditinjau dari unsur pembentuk pelayanan kesehatan terlihat sebagai berikut :

1. Sudut pandang pemerintah sebagai penentu kebijakan

Jika ditinjau dari sudut pemerintah sebagai penentu kebijakan kesehatan (*policy maker*), manfaat yang akan diperoleh antara lain membantu penghematan dana, karena tidak perlu menyediakan berbagai macam peralatan kedokteran pada setiap sarana kesehatan; memperjelas sistem pelayanan kesehatan, karena terdapat hubungan kerja antara berbagai sarana kesehatan yang tersedia dan memudahkan pekerjaan administrasi, terutama pada aspek perencanaan.

3. Sudut pandang masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan
Jika ditinjau dari sudut masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan (*health consumer*), manfaat yang akan diperoleh antara lain meringankan biaya pengobatan, karena dapat dihindari pemeriksaan yang sama secara berulang-ulang dan mempermudah masyarakat dalam mendapatkan pelayanan, karena diketahui dengan jelas fungsi dan wewenang sarana pelayanan kesehatan.
4. Sudut pandang kalangan kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan. Jika ditinjau dari sudut kalangan kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan (*health provider*), manfaat yang diperoleh antara lain memperjelas jenjang karir tenaga kesehatan dengan berbagai akibat positif lainnya seperti semangat kerja, ketekunan, dan dedikasi; membantu peningkatan pengetahuan dan keterampilan yakni melalui kerjasama yang terjalin; memudahkan dan atau meringankan beban tugas, karena setiap sarana kesehatan mempunyai tugas dan kewajiban tertentu.
5. Tata Laksana Rujukan
Tatalaksana rujukan diantaranya adalah internal antar- petugas di satu rumah; antara puskesmas pembantu dan puskesmas; antara masyarakat dan puskesmas; antara satu puskesmas dan puskesmas lainnya; antara puskesmas dan rumah sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya; internal antar-bagian/unit pelayanan di dalam satu rumah sakit, antar rumah sakit, laboratoruim atau fasilitas pelayanan lain dari rumah sakit.
6. Sistem Informasi Rujukan
Informasi kegiatan rujukan pasien dibuat oleh petugas kesehatan pengirim dan di catat dalam surat rujukan pasien yang dikirimkan ke dokter tujuan rujukan, yang berisikan

antara lain: nomor surat, tanggal dan jam pengiriman, status pasien pemegang kartu Jaminan Kesehatan atau umum, tujuan rujukan penerima, nama dan identitas pasien, resume hasil anamnesa, pemeriksaan fisik, diagnose, tindakan dan obat yang telah diberikan, termasuk pemeriksaan penunjang, kemajuan pengobatan dan keterangan tambahan yang dipandang perlu.

7. Kriteria Pembagian Wilayah Pelayanan Sistem rujukan

Karena terbatasnya sumber daya tenaga dan dana kesehatan yang disediakan, maka perlu diupayakan penggunaan fasilitas pelayanan medis yang tersedia secara efektif dan efisien. Pemerintah telah menetapkan konsep pembagian wilayah dalam sistem pelayanan kesehatan masyarakat. Dalam sistem rujukan ini setiap unit kesehatan mulai dari Polindes, Puskesmas pembantu, Puskesmas dan Rumah Sakit akan memberikan jasa pelayanan kepada masyarakat sesuai dengan ketentuan wilayah dan tingkat kemampuan petugas atau sama (Holmes, 2019).

Ketentuan ini dikecualikan bagi rujukan kasus gawat darurat, sehingga pembagian wilayah pelayanan dalam sistem rujukan tidak hanya didasarkan pada batas-batas wilayah administrasi pemerintahan saja tetapi juga dengan kriteria antara lain:

- a. Tingkat kemampuan atau kelengkapan fasilitas sarana kesehatan, misalnya fasilitas Rumah Sakit sesuai dengan tingkat klasifikasinya.
- b. Kerjasama Rumah Sakit dengan Fakultas Kedokteran
- c. Keberadaan jaringan transportasi atau fasilitas pengangkutan yang digunakan ke Sarana Kesehatan atau Rumah Sakit rujukan.
- d. Kondisi geografis wilayah sarana kesehatan (Eni, 2020).

Dalam melaksanakan pemetaan wilayah rujukan, faktor keinginan pasien/keluarga pasien dalam memilih tujuan rujukan perlu menjadi bahan pertimbangan.

8. Hirarki Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kebidanan dilakukan sesuai dengan hirarki pelayanan kesehatan yang ada mulai dari :

a. Pelayanan kesehatan tingkat primer

Pelayanan ini meliputi : Puskesmas dan jaringannya termasuk Polindes/Poskesdes, Bidan Praktik Mandiri, Klinik Bersalin serta fasilitas kesehatan lainnya milik pemerintah maupun swasta. Memberikan pelayanan kebidanan essensial, melakukan promotif, preventif, deteksi dini dan memberikan pertolongan pertama pada kegawat-daruratan obstetri neonatal (PPGDON) untuk tindakan pra rujukan dan PONEK di Puskesmas serta pembinaan UKBM termasuk Posyandu

b. Pelayanan kesehatan tingkat sekunder

Pelayanan ini meliputi : Rumah Sakit Umum dan Khusus baik milik Pemerintah maupun Swasta yang setara dengan RSUD Kelas D, C dan B Non Pendidikan, termasuk Rumah Sakit Bersalin (RSB), serta Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA). Memberikan pelayanan kebidanan essensial, melakukan promotif, preventif, deteksi dini, melakukan penapisan (skrining) awal kasus komplikasi mencegah terjadinya keterlambatan penanganan dan kolaborasi dengan nakes lain dalam penanganan kasus (PONEK).

c. Pelayanan kesehatan tingkat tersier di RS type B dan A

Pelayanan ini meliputi : Rumah Sakit yang setara dengan Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus Kelas A, kelas B pendidikan, milik Pemerintah maupun swasta. Memberikan pelayanan kebidanan essensial, melakukan promotif, preventif, deteksi dini, melakukan penapisan

(skrining) awal kasus komplikasi mencegah terjadinya keterlambatan penanganan, kolaborasi dg nakes lain dalam penanganan kasus PONEK dan asuhan kebidanan/penatalaksanaan kegawat-daruratan pada kasus-kasus kompleks sebelum mendapat penanganan lanjut (Mustika, 2019).

9. Keuntungan Sistem Rujukan

Menurut Oxorn (2018) keuntungan sistem rujukan adalah :

- a. Pelayanan yang diberikan sedekat mungkin ke tempat pasien, berarti bahwa pertolongan dapat diberikan lebih cepat, murah dan secara psikologis memberi rasa aman pada pasien dan keluarga.
- b. Dengan adanya penataran yang teratur diharapkan pengetahuan dan keterampilan petugas daerah makin meningkat sehingga makin banyak kasus yang dapat dikelola di daerahnya masing-masing.
- c. Masyarakat desa dapat menikmati tenaga ahli

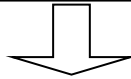
Masa neonatal merupakan masa kritis untuk bayi karena bayi dalam masa transisi dari kehidupan intra uteri ke ekstra uteri. Awalnya semua kebutuhan bayi dalam kandungan sudah terpenuhi dari ibunya melalui placenta. Namun saat bayi dilahirkan dan berada diluar Rahim terpapar dengan udara bebas, secara otomatis semua fungsi organ bayi harus mampu bekerja sendiri baik jantung, pernafasan, ginjal dan lain-lain harus menyesuaikan untuk memenuhi kebutuhan. Saat itu bayi harus beradaptasi dengan lingkungannya. Kondisi demikian, memungkinkan ancaman baik dari individu dan lingkungan yang dapat memunculkan permasalahan terkait dengan kehidupan bayi sehingga menjadi permasalahan kegawatdaruratan neonatal (Rukiyah, 2018).

Permasalahan kegawatdaruratan neonatal bisa berdampak meningkatnya Angka Kematian Bayi (AKB) yang sangat membutuhkan ketrampilan menyelamatkan nasib anak bangsa. Upaya yang dapat dilakukan dengan cara meningkatkan pengetahuan agar dapat memberikan layanan tepat dan tepat. Apa saja yang dapat memberikan kondisi kegawat daruratan pada neonatus yang baru lahir dapat dilihat pada bagan dibawah ini :

Setelah mempelajari materi kegawatdaruratan neonatal, mahasiswa mampu memberikan penanganan sesuai dengan kewenangannya. Secara khusus, Mahasiswa diharapkan dapat memberikan asuhan :

1. Asuhan kegawatdaruratan neonatal dengan asfiksia
2. Asuhan kegawatdaruratan neonatal dengan BBLR (Prematur)
3. Asuhan kegawatdauratan neonatal dengan kejang
4. Asuhan kegawatdauratan neonatal dengan masalah lain (David, 2019).

Asfiksia merupakan : kegagalan bernapas secara spontan dan teratur pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir yang ditandai dengan keadaan PaO₂ di dalam darah rendah (hipoksemia), hiperkarbia Pa CO₂ meningkat dan asidosis



PATOFISIOLOGI

Penyebab asfiksia dapat berasal dari faktor ibu, janin dan plasenta. Adanya hipoksia dan iskemia jaringan menyebabkan perubahan fungsional dan biokimia pada janin. Faktor ini yang berperan pada kejadian asfiksia.

GEJALA KLINIK

Bayi tidak bernapas atau napas megap-megap, denyut jantung kurang dari 100 x/menit, kulit sianosis, pucat, tonus otot menurun, tidak ada respon terhadap refleks rangsangan

Asfiksia yang terdeteksi sesudah lahir, prosesnya berjalan dalam beberapa tahapan :

1. Janin bernapas megap-megap (*gasping*), diikuti :
2. Masa henti napas (*fase henti napas primer*).
3. Jika asfiksia berlanjut terus, timbul pernapasan megap-megap yang kedua selama 4 – 5 menit (*fase gasping kedua*) diikuti masa henti napas kedua (*henti napas sekunder*)



PENILAIAN KEADAAN BAYI

Menit ke-1 dan ke-5 sesudah lahir dinilai dengan skor Apgar (*appearance, pulse, grimace, activity, respiration*) lihat bagan 1.2. Nilai menit 1 untuk menentukan seberapa jauh diperlukan tindakan resusitasi. Nilai ini berkaitan dengan keadaan asidosis dan kelangsungan hidup. Nilai pada menit kelima untuk menilai prognosis neurologis

Setelah melakukan penilaian keadaan bayi, hal penting selanjutnya yang perlu Anda lakukan adalah melihat penilaian asfiksia dengan Penilaian APGAR Skor seperti yang digambarkan pada Bagan di bawah ini.

Klinis	Penilaian		
	0	1	2
Detak jantung	<i>Tidak ada</i>	<i>< 100 x/menit</i>	<i>>100 x/menit</i>
Pernafasan	<i>Tidak ada</i>	<i>Tak teratur</i>	<i>Tangis kuat</i>
Refleks saat jalan nafas dibersihkan	<i>Tidak ada</i>	<i>Menyeringai</i>	<i>Batuk/bersin</i>
Tonus otot	<i>Lunglai</i>	<i>Fleksi ekstremitas (lemah)</i>	<i>Fleksi kuat gerak aktif</i>
Warna kulit	<i>Biru pucat</i>	<i>Tubuh merah ekstremitas biru</i>	<i>Merah seluruh tubuh</i>

Keterangan Nilai Apgar:

Nilai 0-3 : Asfiksia berat

Nilai 4-6 : Asfiksia sedang

Nilai 7-10 : Normal

Pasca resusitasi

1. Lakukan pemeriksaan fisik secara sistimatis dan lengkap
2. Tentukan masa gestasi berdasarkan skor Dubowitz/modifikasi
3. Lakukan perawatan tali pusat dengan antibiotika/antiseptik dengan kasa steril
4. Tetes mata/zalf mata untuk cegah Go
5. Vit K 1 mg im/ 1-2 mg/peroral
6. Beri identitas ibu dan bayi yang sama

7. Perawatan BBLR sesuai dengan masa gestasi
 - a. Perawatan 1/rawat gabung rooming in
 - b. Perawatan 2/perawatan khusus untuk observasi
 - c. Perawatan 3/perawatan intensive neonatus/neonatal intensive care unit (Bartini, 2019).

Penataaksanaan Pascareusitasi yang Berhasil

1. Hindari kehilangan panas
 - a. Lakukan kontak kulit di dada ibu (metode Kanguru), dan selimuti bayi
 - b. Letakkan dibawah *radiant heater*, jika tersedia
2. Periksa bayi dan hitung napas dalam semenit
Jika bayi sianosis (biru) atau sukar bernafas (frekuensi < 30 atau > 60 X/menit, tarikan dinding dada ke dalam atau merintih)
 - a. Isap mulut dan hidung untuk memastikan jalan nafas bersih
 - b. Beri oksigen 0,5 l/menit lewat kateter hidung atau *nasal prong*.
 - c. Rujuk ke kamar bayi atau tempat pelayanan yang dituju.
3. Ukur suhu aksiler :
 - a. Jika suhu 36° C atau lebih, teruskan metode kanguru dan mulai pemberian ASI
 - b. Jika suhu < 36°C, lakukan penanganan hipothermia
4. Mendorong ibu mulai menyusui : bayi yang mendapat resusitasi cenderung hipoglikemia.
 - a. Jika kekuatan mengisap baik, proses penyembuhan optimal
 - b. Jika mengisap kurang baik, rujuk ke kamar bayi atau tempat pelayanan yang dituju

- c. Lakukan pemantauan yang sering dalam 24 jam pertama. Jika sukar bernafas kambuh, rujuk ke kamar bayi atau ke tempat pelayanan yang dituju (Mochtar, 2018).

12.3 Asuhan Kegawatdaruratan Maternal Neonatus dengan Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

BBLR mempunyai resiko tinggi untuk kegawatdaruratan neonatal berkaitan belum sempurnanya organ-organ bayi. Untuk itu penatalaksanaan untuk bayi BBLR harus dilakukan secara cermat, Anda akan lebih lanjut mempelajarinya. (Sulistyawati, 2019).

Definisi: Adalah bayi baru lahir (BBL) dengan Lahir Rendah berat badan lahir < 2500 gram.

Komplikasi penyakit BBLR tergantung klasifikasi nya :

1. BBLR kurang bulan sesuai masa kehamilan
2. BBLR kecil masa kehamilan
3. BBLR besar masa kehamilan

Pada BBLR,BKB (Bayi Kurang Bulan) Sistem fungsi dan struktur organ tubuh masih sangat muda/imatur/prematur belum berfungsi optimal sehingga akan muncul komplikasi :

1. Susunan Syaraf Pusat (aktifitas reflek belum maksimal, menghisap, batuk terganggu)
2. Komplikasi saluran pernafasan, Idiopathic Respiratory Distress Syndrome (IRDS) akibat defisiensi surfaktan dalam alveoli yang berfungsi mengembangkan alveoli
3. Pusat thermoregulator belum sempurna, mudah hypo/hyperthermia
4. Metabolisme, produksi enzim glukoronil transfererase ke sel hati belum sempurna mudah ikterus neonatorum
5. Immunoglobulin masih rendah mudah infeksi

6. Ginjal belum berfungsi sempurna utama filtrasi glomerulus mudah alami keracunan obat dan menderita asidosis (metabolik)

Penatalaksanaan Untuk Neonatus Dengan BBLR:

1. Berat Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR) atau sangat kecil

Bayi sangat kecil (< 1500 gr atau < 32 minggu) sering terjadi masalah yang berat yaitu :

Sukar bernafas

- a. Kesukaran pemberian minum
- b. Ikterus yang berat
- c. Infeksi
- d. Rentan hypothermi bila tidak dalam incubator Asuhan yang diberikan :
- e. Pastikan kehangatan bayi dengan bungkus dengan kain lunak, kering, selimut dan pakai topi
- f. Jika pada riwayat ibu terdapat kemungkinan infeksi bakteri beri dosis pertama antibiotika gentamisin 4 mg/kg BB IM (atau kanamisin) ditambah ampicilin 100mg/kg BB IM
- g. Bila bayi sianosis (biru) atau sukar bernafas (frekuensi <30 atau > 60 X/menit, tarikan dinding dada ke dalam atau merintih, beri oksigen 0,5 l /menit lewat kateter hidung atau nasal prong
- h. Segera rujuk ketempat pelayanan kesehatan khusus yang sesuai untuk bayi baru lahir sakit atau kecil (Yanti, 2020).

2. Bayi Prematur Sedang (BBLR)

Bayi premature sedang (33 – 38 minggu) atau BBLR (1500 – 2500 gram) dapat mempunyai masalah segerasetelah lahir. Asuhan yang diberikan adalah :

- a. Jika bayi tidak ada kesukaran bernafas dan tetap hangat dengan metode Kanguru yaitu rawat bayi tetap bersama

- ibunya dan dorong ibu mulai menyusui dalam 1 jam pertama
- b. Jika bayi sianosis (biru) atau sukar bernafas (frekuensi <30 atau > 60 X/ menit, tarikan dinding dada ke dalam atau merintih) beri oksigen 0,5 l /menit lewat kateter hidung atau nasal prong
 - c. Jika suhu aksiler turun dibawah 35°C ,hangatkan bayi segera (Yanti, 2020).
3. Bayi Prematur dan/atau Ketuban Pecah Lama dan Asimtomatis Asuhan yang diberikan :
- a. Jika ibu mempunyai tanda klinis infeksi bakteri atau jika ketuban pecah lebih dari 18 jam meskipun tanpa klinis infeksi :
 - 1) Rawat bayi tetap bersama ibu dan dorong ibu tetap menyusui
 - 2) Lakukan kultur darah dan berikan obat dosis pertama antibiotika gentamisin 4 mg/kg BB IM (atau kanamisin) ditambah ampisilin 100mg/kg BB IM.
 - b. Jangan berikan antibiotika padakondisi lain. Amati bayi terhadap tanda infeksi selama 3 hari :
 - 1) Rawat bayi tetap bersama ibu dan dorong ibu tetap menyusui
 - 2) Jika dalam 3 hari terjadi tanda infeksi, rujuk ke tempat layanan bayi sakit atau bayi kecil (Mochtar, 2018).

12.4 Asuhan Kegawatdaruratan Maternal Neonatus dengan Kejang

Kejang merupakan keadaan emergensi atau tanda bahaya yang sering terjadi pada neonatus, karena kejang dapat mengakibatkan hipoksia otak yang cukup berbahaya bagi ke langsgungan hidup bayi atau dapat mengakibatkan sekuele di kemudian hari di samping itu kejang dapat merupakan tanda atau gejala dari 1 masalah atau lebih.

Walaupun neonatus mempunyai daya tahan terhadap kerusakan otak lebih baik, namun efek jangka panjang berupa penurunan ambang kejang, gangguan belajar dan daya ingat tetap terjadi. Aktivitas kejang yang terjadi pada waktu diferensiasi neuron, mielinisasi dan proliferasi glia pada bayi baru lahir dianggap sebagai penyebab terjadinya kerusakan otak. Kejang pada neonatus secara klinis adalah perubahan paroksimal dari fungsi neurologik (misalnya perilaku, sensorik, motorik dan fungsi autonom system syaraf) yang terjadi pada masa neonatus (Mustika, 2019).

Perubahan fisiologis selama kejang berupa penurunan yang tajam kadar glukosa otak dibanding kadar glukosa darah yang tetap normal atau meningkat disertai peningkatan laktat. Keadaan ini menunjukkan mekanisme transportasi pada otak tidak dapat mengimbangi peningkatan kebutuhan yang ada. Kebutuhan oksigen dan aliran darah otak juga meningkat untuk mencukupi kebutuhan oksigen dan glukosa. Laktat terakumulasi selama terjadi kejang, dan pH arteri sangat menurun. Tekanan darah sistemik meningkat dan aliran darah otak naik. Efek dramatis jangka pendek ini diikuti oleh perubahan struktur sel dan hubungan sinaptik (Mochtar, 2018).

Penyebab kejang pada bayi baru lahir dapat karena kelainan Susunan Syaraf Pusat terjadi primer karena proses intrakranial (meningitis, *cerebrovascular accident*, encephalitis, perdarahan intrakranial, tumor) atau sekunder karena masalah sistemik atau metabolik (misalnya iskemik-hipoksik, hipokalsemia, hipoglikemia, hiponatremia). Diagnosis kejang pada neonatus didasarkan pada anamnesis yang lengkap, riwayat yang berhubungan dengan penyebab penyakitnya, manifestasi klinis kejang, pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang. Manifestasi klinik kejang pada neonatus sangat berbeda dengan kejang pada anak yang lebih besar, bahkan bayi kurang bulan berbeda dengan cukup

bulan. Perbedaan ini karena susunan neuroanatomik, fisiologis dan biokimia pada berbagai tahap perkembangan otak berlainan. Meskipun komponen korteks neonatus relatif lengkap tetapi sinaps aksodendrit masih kurang dan mielinisasi sel otak belum sempurna terutama antara kedua hemister. Bangkitan kejang kebanyakan dimulai antara 12 hingga 48 jam setelah lahir. Penelitian pada binatang menunjukkan bahwa kejang muncul 3-13 jam setelah terjadi keadaan hipoksik iskemik dan sesuai dengan yang kita ketahui tentang pelepasan dan penghancuran glutamat selama fase reperfusi sekunder. Keadaan yang sama dapat terjadi pada bayi (David, 2019).

Kejang pada neonatus biasanya fokal dan agak sulit dikenali. Sering juga timbul kejang klonik yang berpindah-pindah, kejang pada ekstremitas hemilateral, atau kejang primitif subkortikal (apnea. Gerakan mengunyah, gerakan mata abnormal, perubahan tonus otot periodik). Kejang tonik-klonik /grand mal jarang terjadi pada neonatus. Kejang harus dibedakan dengan keadaan lain yang menyerupai kejang pada neonatus antara lain jittery, apne, hiperekpleksia dan Spasme. Pemeriksaan fisis lengkap meliputi pemeriksaan pediatrik dan neurologis, dilakukan secara sistematis dan berurutan. Kadang pemeriksaan neurologi saat antar kejang dalam batas normal, namun demikian bergantung penyakit yang mendasarinya, sehingga pada neonatus yang mengalami kejang perlu pemeriksaan fisis lengkap meliputi pemeriksaan neonatologik dan neurologis, dilakukan secara sistematis dan berurutan (Yanti, 2020).

Pemeriksaan penunjang yang harus dilakukan untuk menegakkan diagnosis kejang serta faktor penyebabnya yang terdiri dari pemeriksaan laboratorium, Elektro Ensefalografi (EEG), Pencitraan. Penatalaksanaan kejang pada neonatus meliputi stabilisasi keadaan umum bayi, menghentikan kejang, identifikasi dan pengobatan faktor

etiologi serta suportif untuk mencegah kejang berulang. Kebanyakan bayi diterapi hanya berdasarkan diagnosis klinis saja, dan monitoring terapinya juga dilakukan dengan mengamati perubahan klinisnya saja. Penelitian dengan EEG yang kontinyu menunjukkan bahwa masalah pada kejang elektrografik adalah sering menetapnya kejang setelah dimulai terapi anti konvulsan (Eni, 2020).

Kejang pada bayi baru lahir dapat mengakibatkan kematian, atau jika hidup dapat menderita gejala sisa atau sekuele. Prognosis jangka panjang sesudah kejadian kejang pada BBLR seperti pada neonatus yang berat nya normal berhubungan langsung dengan penyebabnya. Prognosis jangka panjang sesudah kejadian kejang pada BBLR seperti pada neonatus yang berat nya normal berhubungan langsung dengan penyebabnya. Kejang awitan dini biasanya dihubungkan dengan angka kesakitan dan kematian yang tinggi. Kejang berulang, semakin lama kejang berlangsung semakin tinggi risiko kerusakan pada otak dan berdampak pada terjadinya kelainan neurologik lanjut (misal nya Palsi serebral dan retardasi mental). Dari 70% kasus kejang secara klinis pada BBLSR yang diikuti perkembangannya selama 18 bulan, 43 bayi (59%) meninggal, 16 bayi (22%) menderita cacat dan 11 bayi (15%) normal. Pencegahan terjadinya kejang meliputi antisipasi serta tatalaksana yang tepat terhadap faktor risiko dan penyakit yang mendasari kejang. Diagnosis yang cepat dan terapi tepat merupakan hal yang penting, karena pengenalan kondisi yang terlambat meskipun tertangani akan dapat meninggalkan sekuele pada sistem saraf (Yanti, 2020).

12.5 Asuhan Neonatus dengan Hipotermi

Thermoregulasi atau pengaturan suhu pada BBL merupakan aspek yang sangat penting dan menantang dalam perawatan BBL. Suhu tubuh normal dihasilkan dari keseimbangan antara produksi dan kehilangan panas tubuh. Salah satu masalah khusus pada bayi terutama BBLR adalah ketidakmampuannya untuk mempertahankan suhu tubuh yang normal yang biasa disebut dengan hypothermia. Secara klinis hipertermia relative lebih jarang terjadi bila dibandingkan dengan hipotermia, hipertemia dapat menimbulkan kegawatan pada BBL (David, 2019).

Penatalaksanaan:

1. Asuhan Neonatus dengan Hipotermi Berat
 - a. Segera hangatkan bayi di bawah pemancar panas yang telah dinyalakan sebelumnya bila mungkin. Gunakan incubator atau ruangan hangat bila perlu
 - b. Ganti baju yang dingin dan basah bila perlu. Berikan pakaian yang hangat, pakai topi dan selimut hangat
 - c. Hindari paparan panas yang berlebihan dan posisi bayi sering diubah
 - d. Bila bayi dengan gangguan nafas (frekuensi nafas > 60 X/menit atau < 30 X/menit, tarikan dinding dada, merintih saat respirasi), lakukan manajemen gangguan nafas.
 - e. Berikan infus sesuai dosis rumatan dibawah pemancar panas untuk menghangatkan cairan
 - f. Periksa kadar glucose darah, bila < 45 mg/dl (2,6 mmol/L tangani hipoglikemia
 - g. Nilai tanda-tanda kegawatan pada bayi (misalnya gangguan nafas, kejang atau tidak sadar) setiap jam dan nilai juga kemampuan minum setiap 4 jam sampai suhu tubuh kembali dalam batas normal.

- h. Ambil sampel darah dan berikan antibiotika sesuai program terapi untuk penanganan kemungkinan bayi sepsis
- i. Anjurkan ibu menyusui segera setelah siap dan bila bayi tidak dapat minum ASI, peras dengan menggunakan salah satu alternatif cara pemberian minum dan bila bayi tidak menyusu sama sekali, pasang pipa lambung dan beri ASI peras begitu suhu mencapai 35°C
- j. Periksa suhu setiap jam, bila suhu naik paling tidak 0,5°C/jam, berarti upaya menghangatkan berhasil, kemudian lanjutkan dengan memeriksa suhu bayi setiap 2 jam
- k. Periksa juga suhu alat yang dipakai untuk menghangatkan dan suhu ruangan setiap jam
2. Setelah suhu normal lakukan perawatan lanjutan untuk bayi dan pantau bayi selama 12 jam kemudian ukur suhu setiap 3 jam
3. Pantau selama 24 jam setelah penghentian antibiotika, bila suhu tetap dalam batas normal dan bayi dapat minum dengan baik serta tidak ada masalah yang lain untuk perawatan di rumah sakit, bayi dipulangkan dan nasehati ibu bagaimana cara menjaga agar bayi tetap hangat selama di rumah (Oxorn, 2018).

12.6 Asuhan Neonatus dengan Hipothermia Sedang

1. Ganti pakaian yang dingin dan basah dengan pakaian yang hangat, memakai topi dan selimut hangat
2. Bila ada ibu/pengganti ibu, anjurkan menghangatkan bayi dengan melakukan kontak kulit atau perawatan bayi lekat (Perawatan Metode Kangguru/PMK). Bila ibu tidak ada :
 - a. Periksa suhu alat penghangat dan suhu ruangan, beri ASI peras dengan menggunakan salah satu alternative cara pemberian minum dan sesuaikan pengatur suhu

- b. Hindari paparan panas yang berlebihan dan posisi bayi lebih sering diubah
- c. Anjurkan ibu untuk menyusui lebih sering, bila bayi tidak menyusui, berikan ASI peras menggunakan salah satu alternative cara pemberian minum
- d. Mintalah ibu untuk mengamati tanda kegawatan (misalnya gangguan nafas, kejang, tidak sadar) dan segera mencari pertolongan bila hal itu terjadi
- e. Periksa kadar glukosa darah, bila $< 45 \text{ mg/dl}$ ($2,6 \text{ mmol/L}$) tangani hipoglikemia
- f. Nilai tanda kegawatan, misalnya gangguan nafas, bila ada tangani gangguan nafasnya
- g. Periksa suhu setiap jam, bila suhu naik paling tidak $0,5^{\circ} \text{C/jam}$, berarti upaya menghangatkan berhasil, kemudian lanjutkan dengan memeriksa suhu bayi setiap 2 jam
- h. Bila suhu tidak naik atau naik terlalu pelan, kurang $0,5^{\circ} \text{C/jam}$, cari tanda sepsis. Setelah suhu normal lakukan perawatan lanjutan untuk bayi dan pantau bayi selama 12 jam kemudian ukur suhu setiap 3 jam
- i. Bila suhu tetap dalam batas normal dan bayi dapat minum dengan baik serta tidak ada masalah yang lain untuk perawatan di rumah sakit, bayi dipulangkan dan nasehati ibu bagaimana cara menjaga agar bayi tetap hangat selama di rumah (Holmes, 2019).

12.7 Asuhan Neonatus dengan Hyprtermia

Jangan memberikan obat antipitetika kepada bayi yang suhunya tinggi dan bila suhu diduga karena paparan panas yang berlebihan :

- a. Letakkan bayi di ruangan dengan suhu lingkungan normal (25-28°C)
- b. Lepaskan sebagian atau seluruh pakaian bila perlu
- c. Periksa suhu aksiler setiap jam sampai tercapai suhu dalam batas normal
- d. Bila suhu sangat tinggi (> 39 °C), bayi dikompres atau dimandikan selama 10- 15 menit dalam air yang suhunya 4 °C lebih rendah dari suhu tubuh bayi.
- e. Jangan menggunakan air dingin atau air yang suhunya lebih rendah dari 4 °C dibawah suhu bayi
- f. Turunkan suhu alat penghangat, bila bayi di dalam incubator, buka incubator sampai suhu dalam batas normal
- g. Lepas senbagian atai seluruh pakaian bayi selama 10 menit kemudian beri pakaian lagi sesuai dengan alat penghangat yang digunakan
- h. Periksa suhu bayi setiap jam sampai tercapai suhu dalam bats normal
- i. Periksa suhu incubator atau pemancar panas setiap jam dan sesuaikan pengatur suhu
- j. Terapi untuk kemungkinan bebas sepsis
- k. Letakkan bayi di ruang dengan suhu lingkungan normal (25-28°C)
- l. Lepas pakaian bayi sebagian atau seluruhnya bila perlu
- m. Periksa suhu bayi setiap jam sampai dicapai suhu tubuh dalam batas normal (Mustika, 2019).

Nasehat ibu cara menghangatkan bayi dirumah dan melindungi dari pancaran panas yang berlebihan (Yanti, 2020).

Langkah I: Ruang Melahirkan yang Hangat

Selain bersih ruang, bersih tempat melahirkan, harus cukup hangat dengan suhu ruangan antara 25°C – 28°C serta bebas aliran udara melalui jendela, pintu ataupun kipas angin dan tersedia sarana resusitasi dengan minimal 1(satu) orang tenaga terlatih resusitasi

Langkah II : Pengeringan Segera

Segera setelah lahir, bayi dikeringkan kepala dan tubuhnya, dan segera mengganti kain yang basah dengan kain yang hangat dan kering. Kemudian letakkan di permukaan yang hangat seperti pada dada atau perut ibunya atau segera dibungkus dengan pakaian hangat. Kesalahan yang sering dilakukan adalah konsentrasi penolong kelahiran terutama pada oksigenasi dan tindakan pompa jantung pada waktu resusitasi sehingga paparan dingin kemungkinan besar terjadi segera setelah bayi dilahirkan.

Langkah III : Kontak kulit dengan kulit

Kontak kulit dengan kulit adalah cara yang sangat efektif untuk mencegah hilangnya panas pa BBL, baik aterm maupu preterm. Dada atau perut ibu, merupakan tempat yang sangat ideal bagi BBL untuk mendapatkan lingkungan suhu yang tepat. Bila tidak memungkinkan kontak kulit, bayi dibungkus dnegan kain hangat, dapat diletakkan dalamdekapan lengan ibunya. Metode perawatan kontak kulit dengan kulit (*Skin to skin kontak/kangaroo mother care/* KMC/perawatan bayi lekat) dalam perawatan bayi selanjutnya sangat dianjurkan khususnya untuk bayi-bayi kecil.

Langkah IV : Pemberian ASI

Pemberian ASI sesegera mungkin, sangat dianjurkan dalam jam-jam pertama kehidupan BBL. Pemberian ASI dini dan dalam jumlah yang mencukupi akan sangat menunjang kebutuhan nutrisi serta akan berperan dalam proses termoregulasi pada BBL.

Langkah V : Tidak Segera Memandikan/Menimbang Bayi

Memandikan bayi dapat dilakukan beberapa jam kemudian (paling tidak setelah 6 jam) yaitu setelah keadaan stabil. Mekoneum, darah atau sebagian verniks dapat dibersihkan pada waktu tindakan mengeringkan bayi. Sisa verniks yang masih menempel tidak perlu dibuang, karena masih bermanfaat sebagai pelindung panas tubuh bayi dan akan direabsorpsi dalam hari-hari pertama kehidupan bayi. Menimbang bayi dapat ditunda beberapa saat, karena tindakan menimbang sangat dimungkinkan akan terjadi penurunan suhu tubuh bayi. Sangat dianjurkan waktu menimbang bayi, timbangan diberi alas kain hangat.

Langkah VI : Pakaian dan selimut bayi yang adekuat

Pakaian dan selimut seyogianya cukup longgar sehingga memungkinkan adanya lapisan udara diantara diantara permukaannya sebagai penyangga panas tubuh yang cukup efektif. Bedong (*swaddling*) yang biasanya sangat erat sebaiknya dihindarkan, selain menghilangkan lapisan udara sebagai penyangga panas juga menaikkan risiko terjadinya pneumonia dan penyakit infeksi saluran nafas lainnya karena tidak memungkinkan mengembangkan paru sempurna saat bayi bernafas.

Pada perawatan BKB selain dengan cara perawatan bayi lekat, pakaian, selimut hangat, penggunaan plastic dilaporkan sangat bermanfaat untuk memperkecil proses kehilangan panas, tapi temperatur harus selalu dimonitor dengan ketat untuk menghindari terjadinya hyperthermia.

Langkah VII : Rawat gabung

Bayi-bayi yang dilahirkan dirumah ataupun rumah sakit, seyogianya dijadikan satu dalam tempat tidur yang sama dengan ibunya selama 24 jam penuh dalam ruangan yang cukup hangat (minimal 25°C). Hal ini akan menunjang pemberian ASI on

demand, serta mengurangi resiko terjadinya infeksi nosocomial pada bayi-bayi yang lahir di rumah sakit.

Langkah VIII : Transportasi hangat

Apabila bayi perlu segera dirujuk atau bagian lain dilingkungan rumah sakit. Sangat penting untuk selalu menjaga kehangatan bayi selama dalam perjalanan. Bila memungkinkan, merujuk bayi bersama ibunya dalam perawatan bayi lekat, karena itu merupakan cara sederhana dan aman.

Langkah IX : Resusitasi Hangat

Pada waktu melakukan resusitasi, perlu menjaga agar tubuh bayi tetap hangat. Hal ini sangat penting karena bayi yang mengalami asfeksia, tubuhnya tidak dapat menghasilkan panas yang cukup efisien sehingga mempunyai resiko tinggi menderita hipothermi. Pada waktu melakukan resusitasi, memberikan lingkungan hangat dan kering dengan meletakkan bayi dibawah alat pemancar panas, dan ini merupakan salah satu dari prosedur tindakan resusitasi.

Langkah X : Pelatihan dan sosialisasi rantai hangat

Semua pihak yang terlibat dalam proses kelahiran serta perawatan bayi (dokter, bidan, perawat, dukun bayi dan lain-lain) perlu dilatih dan diberikan pemahaman tentang prinsip-prinsip serta prosedur yang benar tentang rantai hangat

12.8 Neonatus Dengan Ikterus

Secara umum, setiap neonatus mengalami peningkatan konsentrasi bilirubin serum, < 12 mg/dL pada hari III dipertimbangkan sebagai ikterus fisiologis.

1. Kadar bilirubin serum total biasanya mencapai puncak pada hari ke 3 -5 kehidupan dengan kadar 5-6 mg/dL, kemudian menurun kembali dalam minggu I setelah lahir.
2. Kadang dapat muncul peningkatan kadar bilirubin sampai 12 mg/dL dengan bilirubin terkonyugasi < 2 mg/dL.

3. Selanjutnya bagaimana proses pemecahan hemoglobin dan pembentukan bilirubin (Mustika, 2019).

DAFTAR PUSTAKA

- Bobak. 2018. *Buku Asuhan Keperawatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : EGC
- Bartini. 2019. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Normal*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Cunningham, 2019, *Obstetric Williams*, Jakarta : EGC.
- David, 2019. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : TIM
- Eni. 2020. *Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan*. Yogyakarta : Fitramaya
- Holmes, 2019. *Buku Ajar Ilmu Kebidanan*. Jakarta : EGC.
- Jannah, 2018. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta : Andi.
- Mustika, 2019. *Asuhan Kebidanan Patologi*. Jakarta ; EGC
- Mochtar, 2018, *Sinopsis Obstetri*, Edisi 2, Jakarta : EGC
- Oxorn, 2018, *Komplikasi Kehamilan dan Persalinan*, Jakarta : EGC
- Pantikawati, 2020. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Rukiyah, 2018. *Asuhan Kebidanan I Kehamilan*. Jakarta : TIM.
- Sulistyawati, 2019, *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta, Salemba Medika.
- Yanti, 2020. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.

BAB 13

MELAKUKAN OBSERVASI ASUHAN PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR DI LAHAN PRAKTIK DENGAN PENDEKATAN *CONTINUITY OF CARE (COC)* UNTUK MENILAI KOLABORASI LINTAS PROFESI DALAM PEMECAHAN MASALAH

Oleh Nursari Abdul Syukur

13.1 Latar Belakang

Salah satu indikator Kementerian Kesehatan adalah penerapan prinsip asuhan berkelanjutan (*continuity of care*) artinya pelayanan kesehatan harus diberikan pada semua tahap kehidupan seseorang, sejak masih dalam kandungan, kelahiran bayi, balita, anak usia sekolah, remaja, dewasa muda (dan akhirnya menjadi dewasa sampai dewasa tua (lansia). Agar pelayanan kesehatan yang berkelanjutan dapat dilaksanakan pada semua tahap kehidupan seseorang, maka fokus pelayanan kesehatan harus pada keluarga. Orang harus dilihat sebagai bagian dari keluarga mereka ketika memberikan pelayanan kesehatan pada konsep pendekatan keluarga (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Semua ibu dan bayi ditawarkan pendekatan yang benar-benar berpusat pada keluarga, aman dan penuh kasih untuk perawatan mereka, mengenali keadaan dan preferensi unik mereka sendiri. Ayah, pasangan, dan anggota keluarga lainnya secara aktif didorong dan didukung untuk menjadi bagian integral dari semua aspek perawatan ibu dan bayi baru lahir. Perempuan yang mendapatkan Asuhan kebidanan dengan

pendekatan *Continuity of Care*, di sepanjang perjalanan persalinan, dengan keluarga rentan yang ditawarkan dukungan tambahan yang disesuaikan yang mungkin mereka perlukan. Layanan didesain ulang dengan menggunakan evidence based yang tersedia, untuk memastikan hasil dan model asuhan kebidanan *Continuity of Care* yang optimal, dan memaksimalkan kesempatan untuk mendukung proses persalinan normal dan menghindari intervensi yang tidak perlu. Bidan yang berempati, terampil, dan didukung dengan baik untuk memberikan layanan berkualitas tinggi dan aman, setiap saat. Kerja tim multi-profesional adalah norma dalam budaya tim yang terbuka dan jujur, dengan kontribusi semua orang (Scottish Government, 2017).

Kebijakan Internasional saat ini dengan jelas mengidentifikasi sentralitas kontribusi kinerja bidan terhadap asuhan yang berkualitas tinggi dan aman. Dimensi kualitas perawatan yang sering digunakan “perawatan yang aman, efektif, berpusat pada pasien, tepat waktu, efisien, dan setara” serta berkualitas tinggi harus: tidak membahayakan kepada orang yang menggunakan layanan atau mereka yang menyediakannya; tanggap dan tidak membuat penundaan ketika terjadi komplikasi; memberikan asuhan yang evidence based; berpusat pada perempuan dan keluarga yang melibatkan memfasilitasi pengambilan keputusan yang terinformasi, perempuan dan keluarga merasa aman, dihormati, diperlakukan dengan bermartabat dan suara mereka didengarkan dan ditanggapi; diatur sedemikian rupa sehingga layanan yang sulit dijangkau oleh sebagian perempuan dapat diakses dan merata. Selain itu, sistem asuhan COC yang berkualitas tinggi harus memberikan asuhan yang optimal yang mengikuti prinsip “perawatan efektif dan aman” dan mendukung praktik yang bermanfaat yang mendukung kapasitas perempuan atau proses fisiologis persalinan, sementara mampu melahirkan dengan

cepat dan tepat waktu. eskalasi dan respon bila diperlukan (Bohren *et al.*, 2017).

Asuhan kebidanan dapat diberikan melalui model COC yang menyediakan satu bidan yang mengikuti perempuan selama kehamilan, kelahiran dan periode pascakelahiran untuk semua perempuan, baik risiko rendah maupun tinggi dan di semua rangkaian termasuk unit kebidanan. Asuhan yang dipimpin bidan dapat disediakan di tempat yang dipimpin oleh bidan seperti di rumah, di Praktik mandiri bidan, klinik dan rumah sakit untuk perempuan yang didefinisikan memiliki risiko tinggi (Cbe, no date).

Integrasi perawatan kesehatan telah menjadi prioritas di sebagian besar sistem kesehatan, karena pasien semakin menerima perawatan dari beberapa profesional di berbagai pengaturan dan institusi yang berbeda, terutama mereka yang memiliki kondisi kronis dan multi-morbiditas. COC didefinisikan sebagai satu pasien yang diberikan asuhan dari waktu ke waktu yang terhubung dan koheren dengan kebutuhan kesehatannya dan keadaan pribadinya. Tujuannya adalah untuk menganalisis persepsi kontinuitas manajemen klinis dan informasi lintas tingkat asuhan kebidanan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya (Cummins, Denney-Wilson and Homer, 2015; Ljungholm *et al.*, 2022).

13.2 Pengertian

1. *Continuity of Care (CoC)*

adalah asuhan yang melihat bagaimana perempuan membangun hubungan yang kuat dengan bidan mereka dan menerima asuhan yang disesuaikan dengan kebutuhan dan keadaan masing-masing. Evidence menunjukkan bahwa hasil bagi ibu dan bayi meningkat lebih baik, ketika bidan memberikan asuhan model *Continuity of Care*

2. Model CoC menurut (Waibel *et al.*, 2016) mengklasifikasikan Continuity of care menjadi tiga jenis : (1) **berkelanjutan manajemen klinis**, yang merupakan persepsi pasien, bahwa mereka menerima layanan yang berbeda dengan cara yang koheren yang tanggap terhadap perubahan kebutuhan mereka; (2) **berkelanjutan informasi**, yaitu persepsi pasien bahwa informasi tentang peristiwa masa lalu dan keadaan pribadi dibagikan dan digunakan oleh penyedia yang berbeda; dan (3) **berkelanjutan relasional**, yang merupakan persepsi pasien tentang hubungan terapeutik berkelanjutan pasien dengan satu atau lebih penyedia. CoC merupakan konseptualisasi multidimensi mencakup tiga domain spesifik – berkelanjutan relasional, manajemen, dan informasi dengan penekanan pada keterkaitan mereka, yaitu, bagaimana mereka mempengaruhi dan dipengaruhi satu sama lain (Ljungholm *et al.*, 2022).
3. Asuhan Kebidanan model CoC berkontribusi pada peningkatan kualitas dan keamanan asuhan kebidanan. Bukti berkualitas tinggi menunjukkan bahwa perempuan yang menerima asuhan dalam model ini lebih cenderung mendapatkan perawatan yang efektif, pengalaman yang lebih baik, dan hasil klinis yang lebih baik. Ada beberapa bukti peningkatan akses asuhan kebidanan oleh perempuan yang menemukan layanan yang sulit dijangkau dan koordinasi perawatan yang lebih baik dengan layanan spesialis dan kebidanan. Asuhan kebidanan model CoC dapat memberikan layanan untuk semua perempuan di semua rangkaian, apakah perempuan diklasifikasikan sebagai risiko tinggi atau rendah dan bukti saat ini menunjukkan hasil yang lebih baik tanpa efek samping pada populasi dengan risiko campuran. Selain itu, hasil persalinan yang lebih baik juga dihasilkan ketika ibu yang

- menerima asuhan kebidanan secara terus-menerus melahirkan di unit kebidanan (Cbe, no date).
4. Asuhan kebidanan dapat diberikan melalui model asuhan CoC yang mengikuti perempuan selama kehamilan, kelahiran dan periode pascakelahiran untuk semua perempuan, baik risiko rendah maupun tinggi dan di semua rangkaian termasuk unit kebidanan (Cbe, no date)
 5. CoC oleh Bidan dan Dokter Kandungan: Setiap perempuan akan mendapatkan Asuhan CoC dari bidan utama yang akan memberikan sebagian besar perawatan antenatal, intrapartum, dan pascakelahiran mereka. Di mana perempuan membutuhkan masukan dari dokter kandungan selain perawatan kebidanan, Implementasi harus memastikan pendidikan, pelatihan dan pengembangan yang sesuai dan penataan kembali sumber daya tercapai, mengenali potensi sumber daya tambahan yang diperlukan selama implementasi.

13.3 Asuhan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir Di Lahan Praktik Dengan Pendekatan *Continuity Of Care* (Coc) Untuk Menilai Kolaborasi Lintas Profesi Dalam Pemecahan Masalah

Menurut (Scottish Government, 2017) bahwa Setiap perempuan akan memiliki bidan yang menerima sebagian besar asuhan kebidanan antenatal dan postnatal terjadwal, bertemu/mengenal bidan pendamping bidan utama, yang mungkin juga memberikan beberapa perawatan terjadwal, bertemu/mengenal anggota tim yang telah ditentukan, menerima asuhan selama persalinan dan kelahiran dari bidan yang pertama atau bidan kedua, dengan dukungan tim yang lebih luas untuk meliputi cuti dan hari libur, mengetahui bidan yang merawat mereka selama persalinan dan

kelahiran.(Scottish Government, 2017). Bidan memastikan bahwa setiap perempuan memiliki rencana perawatan dan dukungan yang dipersonalisasi ang diperbarui pada setiap kunjungan.

Bidan dapat mengatasi tiga tantangan terbesar dalam yaitu mencegah kematian neonatal, lahir mati, kematian ibu, dan hasil yang buruk; menghilangkan ketidakadilan dalam akses layanan kesehatan, pengalaman, dan hasil bagi perempuan dan bayi baru lahir; dan mengurangi biaya dan penggunaan perawatan. Seorang bidan adalah ahli dalam persalinan fisiologis, dengan pemantauan kemajuan persalinan dan persalinan spontan tanpa intervensi medis yang rutin. Dengan mempertahankan persalinan fisiologi normal pada ibu, bidan dilatih untuk melihat kelahiran sebagai proses kehidupan normal, yang membuat mereka unik di antara profesional kesehatan lainnya. Intrinsik kebidanan adalah mempromosikan kesehatan, selain mencegah dan mengelola komplikasi dan menangani keadaan darurat. Menunjukkan bahwa bidan yang terdidik penuh, berlisensi, dan terintegrasi, didukung oleh tim interdisipliner dan lingkungan yang mendukung, dapat memberikan sekitar 90% intervensi penting sepanjang perjalanan hidupnya. Untuk membuat dampak yang signifikan pada hasil kesehatan dan pengalaman dalam sistem perawatan kesehatan, bidan harus didukung oleh lingkungan yang mendukung (International Confederation Of Midwives, 2021).

Pada tahun 2016, Cochrane Pregnancy and Childbirth Group menerbitkan tinjauan yang membandingkan model Continuity of Care yang dipimpin bidan dan model perawatan lainnya, memperbarui tinjauan sistematis tahun 2008 yang dilakukan oleh Hatem et al. Lima belas percobaan yang melibatkan 17.674 perempuan ditinjau. Dalam semua uji coba, perempuan hamil secara acak diberikan asuhan model *Continuity of Care* yang dipimpin bidan atau model perawatan

lainnya. Singkatnya, perempuan yang menerima model asuhan *Continuity of Care* yang dipimpin oleh bidan lebih kecil kemungkinannya untuk mengalami intervensi dan lebih mungkin merasa puas dengan asuhan mereka dengan setidaknya tingkat hasil yang merugikan yang sebanding dibandingkan dengan perempuan yang menerima model asuhan lain. Temuan utama dari Tinjauan Cochrane yang diperbarui ini dirangkum dalam Tabel 13.1:

Tabel 13.1. Sistematis review : Midwife-Led Continuity of care
2016

Hasil atau Judul Subgruf	Jumlah Studi	Interval jumlah keyakinan peserta	Risiko Relatif (RR) 95% Confidence interval
Hasil utama: Secara signifikan ditemukan pengurangan risiko			
Anestesi regional	14, High Quality	17.674	RR= 0,85 (0,78-0,92)
Instrument kelahiran pervaginam	13, High Quality	17.501	RR= 0,90 (0,83-0,97)
Kelahiran premature < 37 minggu	8, High Quality	13.238	RR= 0,76 (0,64 – 0,91)
berkurang semua kematian janin sebelum dan sesudah usia kehamilan 24 minggu dan kematian neonatus	13, High Quality	17.561	RR= 0,84 (0,71 – 0,99)

Hasil atau Judul Subgruf	Jumlah Studi	Interval jumlah keyakinan peserta	Risiko Relatif (RR) 95% Confidence interval
Hasil utama: Secara signifikan ditemukan pengurangan risiko			
Lebih mungkin untuk mengalami			
Kelahiran pervaginam spontan	12, High Quality	16.687	RR= 1,05 (1,03-1,07)
Tidak ada perbedaan antara kelompok kelahiran Caesar dan perineum utuh			
Hasil sekunder : ditemukan signifikan pengurangan risiko			
Amniotomi	4	3253	RR 0,80 (0,66 – 0,98)
Episiotomi	14	17.674	RR = 0,84 (0,77-0,92)
Abortus < 24 minggu kehamilan dan kematian neonatus	11	15.645	RR 0,81 (0,67-0,98)
Lebih mungkin untuk mengalami			

Hasil atau Judul Subgruf	Jumlah Studi	Interval jumlah keyakinan peserta	Risiko Relatif (RR) 95% Confidence interval
Hasil utama: Secara signifikan ditemukan pengurangan risiko			
Tidak ada analgesia atau anastesi intrapartum	7	10.499	RR= 1,21 (1,06-1,37)
Persalinan yang lama	3	3328	RR 0,50 (0,27-0,74)
saat lahir ditolong oleh bidan yang dikenal	7	6917	RR 7,04 (4,48-11,08)

Sumber: berdasarkan Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D Model Continuity of Care oleh bidan versus model perawatan lain (Sandall *et al.*, 2016) (L.King; *et al.*, 2019)

Bahwa Asuhan Model *Continuity of Care* adalah hal yang harus dipromosikan; bahwa pilihan berdasarkan informasi, pengambilan keputusan bersama, dan hak untuk menentukan nasib sendiri penting untuk kesehatan; dan bahwa pengambilan keputusan evidence based harus mendasari perawatan kesehatan perempuan, dan kami memiliki beberapa keunggulan kebidanan yang penting untuk menyediakan perawatan kesehatan ginekologi, seksual, dan reproduksi (L.King; *et al.*, 2019).

Dalam beberapa kasus, rencana manajemen kolaboratif dengan dokter konsultan sudah ada sebelum awal persalinan. Perkembangan komplikasi intrapartum baru atau penyimpangan dari kemajuan persalinan normal akan

mengharuskan bidan untuk berkonsultasi dengan dokter atau menyusun rencana perawatan kolaboratif. Dalam model perawatan kolaboratif ini, bidan memberikan Asuhan *Continuity of care* dan advokasi untuk perempuan tersebut, dan melindungi kemajuan persalinan normal sesuai situasi klinis yang memungkinkan. Selain itu, bidan berkontribusi dalam pengambilan keputusan medis sambil mempromosikan perawatan yang berpusat pada keluarga dan memberi tahu dokter konsultan tentang setiap perubahan dalam kondisi perempuan tersebut (L.King; *et al.*, 2019).

Menurut ICM keuntungan dari Asuhan kebidanan model CoC ini memberikan beberapa keuntungan :

1. Menyelamatkan nyawa ibu dan bayi

Hampir selama dua dekade terakhir ini semua negara baik secara global dan nasional telah banyak mengalami penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir. Terlepas dari kemajuan ini, sekitar 810 kematian ibu terjadi setiap hari, satu kematian setiap 16 detik, 2,4 juta kematian setiap tahun pada bayi baru lahir . pertanyaannya peneliti “mengapa perempuan dan bayi baru lahir meninggal pada tingkat yang mengkhawatirkan?. Para ahli sering menunjuk pada dua penyebab ekstrem: terlalu sedikit perawatan, terlalu terlambat atau terlalu banyak perawatan (terlalu banyak obat), terlalu cepat. ditentukan oleh jumlah intervensi medis yang diberikan daripada kualitas perawatan yang diterima. Meskipun sangat penting bagi perempuan untuk menerima perawatan yang mereka butuhkan, ketika mereka membutuhkannya, sama pentingnya bahwa perawatan diberikan dengan cara yang menghormati, melindungi, dan memajukan hak asasi manusia, karena kualitas perawatan memberikan berkontribusi pada hasil yang lebih baik (Cummins, Denney-Wilson and Homer, 2015).

Sebuah studi pemodelan Lancet Global Health tahun 2021 menggunakan Lives Saved Tool untuk memperkirakan jumlah kematian yang akan dicegah pada tahun 2035 jika perawatan yang dipimpin bidan diskalakan di 88 negara yang bertanggung jawab atas sebagian besar kematian dan kelahiran mati ibu dan bayi di dunia yakni terhadap cakupan asuhan bidan saat ini, cakupan universal intervensi yang diberikan bidan akan mencegah dua pertiga (67%) kematian ibu, kematian bayi baru lahir (64%), dan lahir mati (65%), kematian per tahun pada tahun 2035 bahwa untuk meningkatkan asuhan model CoC yang dilakukan bidan mampu menurunkan kematian ibu dan bayi, kelahiran Sesar, kelahiran premature, BBLR dan kematian neonates secara signifikan (Bohren *et al.*, 2017).

2. Hasil luaran kehamilan
Peningkatan asuhan layanan kebidanan secara berkelanjutan (CoC) pada tingkat sosio ekonomi rendah secara signifikan mengurangi kejadian kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, meningkatkan kunjungan antenatal dan pemberian ASI Eksklusif (International Confederation Of Midwives, 2021).
3. Efektivitas Biaya
Asuhan kebidanan Model CoC memberikan Investasi pada bidan untuk mencapai hasil yang lebih baik dan hemat biaya bagi perempuan dengan risiko apapun. Bidan mempromosikan kelahiran fisiologis dengan intervensi medis yang lebih sedikit termasuk persalinan caesar dan induksi yang lebih sedikit, mengurangi biaya perawatan nifas (Waibel *et al.*, 2016).
4. Perubahan Kebijakan Untuk Meningkatkan Lingkungan Yang Memungkinkan Bagi Bidan.
Telah terjadi reformasi substansial dalam dekade terakhir dalam penyediaan pelayanan kesehatan ibu dan anak, dan

khususnya mengenai model asuhan CoC. Semakin banyak bidan yang bekerja sama dalam kelompok-kelompok kecil untuk memberikan asuhan CoC yang dipimpin oleh bidan, menunjukkan secara evidence bahwa asuhan kebidanan model berberkelanjutan atau CoC, dalam hal ini dampaknya terhadap hasil klinis, pandangan bidan dan perempuan usia subur, dan biaya layanan kesehatan.

Memberikan manfaat bagi ibu dan bayi, tanpa efek samping, termasuk tingkat kepuasan kerja yang tinggi dan berkurangnya kelelahan kerja. Menerapkan asuhan kebidanan berkelanjutan di lingkungan publik dan swasta merupakan tantangan, terlepas dari evidence yang mendukungnya dan kebijakan pemerintah yang mendukungnya dan diperlukan untuk memastikan bahwa perempuan di seluruh negeri dapat mengakses model perawatan ini. Penting untuk reformasi tersebut adalah kolaborasi dengan dokter kandungan, dokter umum, dokter anak dan profesional medis lainnya yang terlibat dalam perawatan ibu hamil, serta penghormatan profesional untuk peran bidan dalam penyediaan perawatan ibu. Serta diperlu untuk memastikan bahwa semua perempuan usia subur dapat mengakses asuhan kebidanan berkelanjutan (Homer, 2016).

Dalam lingkungan rumah dan pusat ruang bersalin, Asuhan berkelanjutan atau *Continuity of care* memiliki arti baru bagi bidan. Bidan memiliki lebih banyak kebebasan untuk menawarkan *one-to-one care* dan terus hadir selama persalinan. Bidan dengan hati-hati memilih intervensi dan menggunakannya hanya ketika perempuan membutuhkannya dan tanpa mengganggu alur persalinan.

Di abad ke-21, kebidanan adalah profesi yang terus berkembang dengan landasan yang kuat dan menginspirasi; infrastruktur yang matang untuk mempromosikan

kebijakan yang meningkatkan akses ke asuhan kebidanan yang berkualitas; individu yang sangat terlatih mendefinisikan praktik terbaik; dan banyak potensi yang belum tergali. Bidan telah menunjukkan kemampuan mereka untuk bekerja keras membangun profesi, mengevaluasi secara kritis model perawatan tradisional, menantang kebijakan berdasarkan penelitian yang tidak memadai, dan mengupayakan sistem perawatan kesehatan yang lebih adil. Cara profesi berubah dan tumbuh mencerminkan siapa bidan baru, apa yang membawa mereka ke profesi yang melatih mereka, dan seberapa banyak mereka bersedia memberi kepada perempuan individu, profesi kebidanan, dan penciptaan dunia. di mana semua perempuan menerima perawatan terbaik (L.King; *et al.*, 2019).

DAFTAR PUSTAKA

- Bohren, M.A. *et al.* 2017. 'Continuous support for women during childbirth', *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd. Available at: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>.
- Cbe, J.S. (no date) *The contribution of continuity of midwifery care to high quality maternity care*. Available at: www.rcm.org.uk.
- Cummins, A.M., Denney-Wilson, E. and Homer, C.S.E. 2015. 'The experiences of new graduate midwives working in midwifery continuity of care models in Australia', *Midwifery*, 31(4), pp. 438–444. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.12.013>.
- Homer, C.S.E. 2016. 'Models of maternity care: Evidence for midwifery continuity of care', *Medical Journal of Australia*, 205(8), pp. 370–374. Available at: <https://doi.org/10.5694/mja16.00844>.
- International Confederation Of Midwives. 2021. *Building The Enabling Environment For Midwives A Call To Action For Policymakers*. Available At: [Www.Internationalmidwives.Org](http://www.internationalmidwives.org).
- Kementerian Kesehatan RI. 2022. 'Laporan Kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2021', *Kementerian Kesehatan RI*, 5201590(021), p. 4.
- L.King, T. *et al.* 2019. *Varney's Midwifery*. Sixth, Nucl. Phys. Sixth. Edited by Te.L. King. Burlington: Jones and Bartlett Learning.
- Ljungholm, L. *et al.* 2022. 'What is needed for continuity of care and how can we achieve it? – Perceptions among multiprofessionals on the chronic care trajectory', *BMC Health Services Research*, 22(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08023-0>.

- Sandall, J. *et al.* 2016. 'Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women', *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd. Available at: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>.
- Scottish Government, T. 2017. *Continuity Of Carer And Local Delivery Of Care-Implementation Framework*.
- Waibel, S. *et al.* 2016. 'Continuity of clinical management and information across care levels: Perceptions of users of different healthcare areas in the Catalan national health system', *BMC Health Services Research*, 16(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1696-8>.

BIODATA PENULIS



Iin Octaviana Hutagaol SST.,M.Keb
Dosen di Universitas Widya Nusantara

Iin Octaviana Hutagaol SST.,M.Keb Penulis lahir di Pematang siantar 02 Oktober 1990. Penulis menempuh pendidikan SD 096135 Pematang Siantar (1996-2002), SMP RK Asisi Pematangsiantar (2002-2005), SMU Negeri 1 Pematangsiantar (2005-2008), Menyelesaikan pendidikan D4 Kebidanan di Universitas Sumatera Utara (USU) (2012), dan S2 Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar (2016), Profesi Kebidanan Universitas Kediri (2022). Saat ini mengabdikan diri di Universitas Widya Nusantara.

BIODATA PENULIS



St. Subriani, S.ST, M.Kes, M.Keb

Kabiro Akademik Di IIK Pelamonia Makassar

St. Subriani, S.ST, M.Kes, M.Keb Lahir di Makassar pada tanggal 10 April 1975. Pendidikan Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) Rumkit Tk.II Pelamonia Tahun 1994, D1 PPBA Muhammadiyah Makassar tahun 1995, D3 Kebidanan Depkes Makassar Tahun 2004, D4 Bidan Pendidik Poltekkes Kemenkes Makassar Tahun 2008, Magister Kebidanan di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Tahun 2016. Dan saat ini sedang menempuh Pendidikan di FKM Universitas Hasanudin Program Doktoral Ilmu Kesehatan Masyarakat.

Riwayat Pekerjaan sebagai Bidan di Rumkit Tk.II Pelamonia Kesdam VII/Wrb di Kamar Bersalin dan Ruangan nifas pada tahun 1996 sampai dengan tahun 2008, di Akbid Pelamonia Makassar sebagai Wadir I dan Dosen tahun 2008 sampai dengan 2020. Di IIK Pelamonia Makassar sebagai Kabiro Akademik dan Dosen tahun 2020 sampai dengan sekarang.

BIODATA PENULIS



Nurhayati. S.ST., M.Pd
Klinik Mustika

Penulis lahir Samarinda Kalimantan Timur 02 Desember 1974. Riwayat Pekerjaan. Bidan PTT tahun 1994 Kabupaten Bulungan. Bidan PTT tahun 1998 Kabupaten Kutai kartanegara, RsIA Aisyiah Samarinda Tahun 2002, RSUD.I.A.Moeis Samarinda Tahun 2006. Akademi Kebidanan Kutai Husada Tenggarong tahun 2011. STIKES MM 2019. Klinik Mustika Tahun 2021 sampai dengan sekarang. Penulis menyelesaikan Pendidikan SPK Yarsi tahun 1993, Program Pendidikan Bidan Depkes tahun 1994. DIII Kebidanan di Akbid Depkes tahun 2002. DIV Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Kaltim tahun 2009 dan Pascasarjana Universitas Mulawarman tahun 2017.

BIODATA PENULIS



Novita Wulandari,S.ST.,M.AP.,M.Keb

Dosen Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan dan
Pendidikan Profesi Bidan STIKes Ngudia Husada Madura

Penulis lahir di Sumenep 29 November. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan Di STIKes Ngudia Husada Madura. Penulis menyelesaikan pendidikan Program Studi Kebidanan Program Magister Di Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta pada tahun 2019. Penulis memiliki karya buku, publikasi ilmiah dan HAKI.

BIODATA PENULIS



Darmiati, S.ST., M.Kes., M.Keb

Dosen Program Studi Kebidanan
Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar

Darmiati, S.ST.,M.Kes.,M.Keb. Lahir di Bone, Sulawesi Selatan pada tanggal 05 Februari 1990. Penulis adalah dosen tetap pada Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar Program Studi Sarjana kebidanan dan Profesi. Penulis telah menyelesaikan pendidikan pada Sekolah Perawat Kesehatan Pelamonia Makassar pada tahun 2008, Lulus Diploma III Kebidanan pada Akademi Kebidanan Pelamonia Makassar Tahun 2011, Lulus Diploma IV Bidan Pendidik pada Universitas Mega Rezky Makassar tahun 2013, Telah menyelesaikan Pendidikan Magister Kesehatan pada Universitas Indonesia Timur pada tahun 2015 dan menyelesaikan Magister Kebidanan pada Universitas Hasanuddin pada Tahun 2017. Mulai aktif melakukan kegiatan pengajaran di Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar sejak Tahun 2013 hingga sekarang.

BIODATA PENULIS



Adisty Dwi Treasa, S.Tr.Keb, Bdn, M.Keb

Dosen pada Prodi DIII Kebidanan Akademi Kebidanan
Nusantara Indonesia Kota Lubuklinggau

Penulis lahir di Bengkulu pada tanggal 1 Agustus 1996, penulis menyelesaikan Pendidikan Taman Kanak-Kanak sampai Pendidikan Sekolah Menengah Atas di Lubuklinggau, sejak kecil penulis memiliki ketertarikan terhadap dunia kesehatan, sehingga pada tahun 2013 penulis melanjutkan Pendidikan DIII Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Bengkulu dan lulus pada tahun 2016, Penulis kemudian melanjutkan Pendidikan DIV Kebidanan di Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta pada tahun 2017 dan lulus pada tahun 2018, penulis memiliki minat yang tinggi menjadi dosen kependidikan dan melanjutkan Pendidikan Magister Kebidanan pada tahun 2019 di Universitas Brawijaya Malang dan lulus pada tahun 2021.

Penulis mengabdikan diri dan bekerja sebagai dosen pada Prodi DIII Kebidanan Akademi Kebidanan Nusantara Indonesia Kota Lubuklinggau (2021-sekarang), Sebagai dosen penulis aktif dalam menjalankan tri dharma perguruan tinggi dengan melakukan pendidikan dan pengajaran, penelitian dan

pengabdian masyarakat setiap tahunnya. Penulis aktif dalam meneliti dan menulis yang telah di publikasi pada Proceeding International, publikasi jurnal nasional terindeks Sinta, dan penulis juga aktif dalam menulis Buku. Selain aktif dalam meneliti dan menulis, penulis juga tetap meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya dan penulis sudah menyelesaikan pendidikan Profesi Kebidanan di Universitas Indonesia Maju Jakarta pada tahun 2022.

Email Penulis: adistydwitreasa@gmail.com

BIODATA PENULIS



Rila Rindi Antina, S.ST., M.AP., M.Kes.

Dosen Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan dan
Pendidikan Profesi Bidan
STIKES Ngudia Husada Madura

Penulis lahir di Sumenep tanggal 18 Oktober 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan, STIKES Ngudia Husada Madura. Menyelesaikan pendidikan D4 pada Jurusan Kebidanan dan melanjutkan S2 pada Jurusan Administrasi Publik dan Kesehatan Reproduksi.

Penulis telah menghasilkan beberapa buku tentang topik kehamilan dan kesehatan reproduksi. Penulis juga menghasilkan beberapa publikasi ilmiah. Penulis juga memiliki beberapa HKI. Penulis aktif dalam berorganisasi profesi Bidan (Ikatan Bidan Indonesia).

BIODATA PENULIS



Mella Yuria R.A, SKM., MKes
Dosen Program Studi Kebidanan (S1)-
Pendidikan Profesi Bidan

Penulis lahir di Jakarta tanggal 29 April 1980. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan (S1)-Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan, Universitas Binawan. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Reproduksi dan melanjutkan S2 pada Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat. Penulis menekuni bidang Menulis.

BIODATA PENULIS



Bintang Petralina SST., M.Keb

Kepala Lembaga Penjaminan Mutu Universitas Binawan Jakarta

Penulis lahir di Tarutung 23 Agustus 1977. Berdomisili di JL Pratama No 30D RT 001/008 Pondok Kelapa. Penulis menyelesaikan pendidikan SPK Depkes Pematang Siantar tahun 1995. D1 kebidanan SPK Depkes pematang Siantar tahun lulus 1996, DIII kebidanan Politeknik Kesehatan Depkes Jakarta III Cipto Mangunkusumotahun lulus 2005, Program DIV Bidan Pendidik Universitas Padjajaran Bandung lulus tahun 2007, Magister kebidanan Universitas Padjajaran Bandung lulus tahun 2013. Penulis mempunyai riwayat organisasi sebagai team teknis PP IBI tahun 2008 sampai sekarang, sebagai anggota kolegium bidan tahun 2020 sampai saat ini. Penulis mempunyai pengalaman bekerja sebagai Bidan PTT di Samosir dari tahun 1996-2000, sebagai bidan di RS Mitra Kemayoran dari tahun 2000-2006, sebagai bidan klinik gading sejahtera dari tahun 2001-2003, sebagai bidan praktik mandiri dari tahun 2003-2008, Sebagai Akbid KMH dari tahun 2006-2011, sebagai Kepala Lembaga Penjaminan Mutu Internal Akbid KMH dari tahun 2013-2015, sebagai wadir I bidang akademik AKBID KMH dari tahun 2015-2017, Sebagai Direktur AKBID KMH tahun

2017-2019, Sebagai Kepala Lembaga Penjaminan Mutu Universitas Binawan Jakarta tahun 2000-sekarang, Sebagai Ketua Devisi Registrasi Konsil Kebidanan Indonesia tahun 2022-sekarang. Selain itu Penulis Juga berpengalaman sebagai asesor, narasumber, fasilitator, penulis modul kemkes, peneliti dll. Penulis pernah mendapat penghargaan sebagai juara II poster presentasi pada kegiatan Rakernas IBI tahun 2013, sebagai pemenang manuscip pada kegiatan BI-ANNUAL SCIENTIFIC MEETING OF IAAHEH 2022. Email Penulis: bpetralina@gmail.com

BIODATA PENULIS

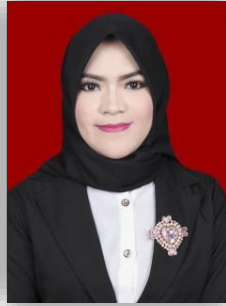


Astik Umiyah, S.ST., M.Kes

Dosen Program Studi Sarjana Kebidanan dan Pendidikan
Profesi Bidan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Ibrahimy

Penulis lahir di Gresik (Pulau Bawean) tanggal 14 April 1986. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Ibrahimy. Menyelesaikan pendidikan D3 di Prodi D3 Kebidanan UNIPDU Jombang dan D4 di Stikes Insan Unggul Surabaya dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat Peminatan Ibu dan Anak di Airlangga Surabaya (UNAIR) . Penulis menekuni bidang Menulis. Saat ini penulis konsentrasi pada ilmu Kesehatan ibu dan anak. Penulis telah menerbitkan buku dan modul untuk para mahasiswa kebidanan. Penulis sudah melakukan publikasi sejak 2014 sampai sekarang, dan beberapa HKI yang sudah terbit.

BIODATA PENULIS



Hasriantirisna, S.ST., M.Keb.

Dosen Program Studi S1 Kebidanan + Profesi
Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia

Penulis lahir di Makassar tanggal 27 Juli 1993. Penulis merupakan Dosen Tetap pada Program Studi S1 Kebidanan + Profesi, Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia. Menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Akademi Kebidanan Muhammadiyah Makassar, melanjutkan pendidikan DIV pada jurusan Bidan Pendidik di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mega Rezky Makassar dan melanjutkan S2 Kebidanan di Universitas Hasanuddin, penulis merupakan lulusan Tahun 2019. Selain sebagai Dosen, penulis juga merupakan anggota IBI (Ikatan Bidan Indonesia) cabang Kota Makassar yang sejak Tahun 2019 sampai sekarang. Hingga saat ini penulis masih tercatat sebagai Dosen Tetap di Prodi S1 Kebidanan + Profesi Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia. Kritik dan saran yang membangun merupakan hal yang penulis harapkan untuk kedepannya penulis lebih mengembangkan kelayakan karyanya, kritik dan saran yang membangun dapat dikirimkan melalui email: hasrianti77pelamonia@gmail.com

BIODATA PENULIS



Kiki Riskianti Nanda, S.ST., M.Keb.

Dosen Program Studi S1 Kebidanan + Profesi
Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar

Penulis lahir di Ujung Pandang tanggal 13 Juli 1993. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Kebidanan + Profesi di Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar. Menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Akademi Kebidanan Pelamonia Kesdam VII/Wirabuana, melanjutkan pendidikan DIV pada jurusan Bidan Pendidik di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mega Rezky Makassar dan melanjutkan S2 jurusan Ilmu Kebidanan di Universitas Hasanuddin. Penulis menekuni bidang menulis.

Tidak ada kata sempurna, kesempurnaan hanya milik Sang Maha Pencipta, maka penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun lewat email : kikiriskiantinanda@gmail.com

BIODATA PENULIS



Nursari Abdul Syukur, M.Keb

Dosen tetap Prodi Sarjana Terapan Kebidanan dan Pendidikan
Profesi Bidan di Poltekkes Kemenkes Kaltim

Penulis lahir Samarinda, Kalimantan Timur pada tanggal 19 Mei 1978. Riwayat pekerjaan penulis merupakan dosen tetap Prodi Sarjana Terapan Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan di Poltekkes Kemenkes Kaltim Tahun 2019 hingga sekarang, Koordinator Akademik DIII Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kaltim Tahun 2006-2013, Ketua Prodi Sarjana Terapan Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan di Poltekkes Kemenkes tahun 2019-sekarang. Penulis menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan di Akbid Depkes Balikpapan tahun lulus Tahun 2001 dan DIV bidan Pendidik di Universitas Padjadjaran Bandung lulus Tahun 2007. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan pada Program Studi Magister Kebidanan di Universitas Brawijaya Malang dan lulus Tahun 2016. Saat ini, penulis merupakan mahasiswa S3 Kesmas Universitas Hasanuddin dari Tahun 2020 sampai sekarang. Beberapa mata kuliah yang telah diampu antara lain Evedence based midwifery, Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Persalinan, Asuhan Pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi. Penulis merupakan

pelatih P2KS Kalimantan Timur dari tahun 2004 hingga sekarang. Penulis juga merupakan Ketua Pengurus Cabang Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Kota Samarinda Periode 2018-2023, anggota Perkumpulan Perinatologi Indonsia (PERINASIA) dan Penulis aktif melakukan penelitian terapan dan pengelola Jurnal sebagai Editor in Chief Mahakam Midwifery Jounal Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur. Penulis dapat dihubungi melalui email : nursari@poltekkes-kaltim.ac.id